



الدليل

في الطب الباطني

- عرض للمواضيع السريرية موضّح بالجداول والرسوم
- فهرس سريع بالموضوعات لتسهيل البحث والوصول السريع للمعلومة
- كتاب ـ جيب لا غنى عنه للطالب والمقيم والممارس

الدكتور عامر مطر
الدكتور عبد الرزاق السباعي

الدليل
في الطب الباطني

ترجمة وإعداد الطبعة الثانية

الدكتور محمد عامر مطر

ترجمة وإعداد الطبعة الأولى

الدكتور عبد الرزاق السباعي

بسم الله الرحمن الرحيم

المقدمة

يعد الطب الباطني الجذع الأساسي في شجرة الطب الواسعة، والذي يتفرع منه كافة الاختصاصات حيث أن كثيرا من الأمراض الباطنة تنعكس على شكل أمراض اختصاصية جلدية أو عينية ... الخ.

فالجراح البارع أو اختصاصي الجلد البارع يجب أن يكون طبيباً باطنياً بارعاً لذلك كان لزاماً على كل طبيب مهما كان اختصاصه أن يتقن الطب الباطني.

لكنه من الصعب جداً على طالب الطب أو الطبيب غير المختص بالطب الباطني أن يدركه مجملاً لما له من تفرعات وتفاصيل كثيرة، وهكذا نشأت لدى الكتّاب في العالم الغربي فكرة الكتب الوجيزة التي تحمل بين طياتها زبدة وخلاصة ذلك العلم البحر، فهي تعرض الأشياء الهامة والأساسية دون التطرق إلى القشور والثانويات.

وكتابنا هذا منظم ومفهرس بأسلوب فني رائع حيث أن الطبيب أو طالب الطب يجد ضالته بين صفحات هذا الكتاب وفي عدة دقائق بدون أن يأخذ من وقته الساعات الطوال التي يحتاجها ليبحث في المراجع العربية أو الأجنبية المطولة، كما أنه يقدم المعلومات عن جميع الأمراض بأسلوب واضح يعتمد على تركيز الأفكار فكل صفحة في صفحاته تعتبر وجبة غنية بالمعلومات القيمة السهلة التناول العظيمة الفائدة فهو كتاب العلم الذي ينفع بكل ما تعنيه الكلمة.

وإنني لألتمسها فرصة مناسبة لأن أطلق من خلال هذا الكتاب صيحة لكل الكتّاب العرب بأن ينهلوا من خبرات الأمم الأخرى وينتجوا لنا كتباً رائعة مثل هذا الكتاب الذي بين أيدينا، وإنني كمتخرج جديد من كلية الطب أودُّ أن أتحدث عن تجربتي الشخصية، فأنا أشعر بان عندي الكثير من المعلومات الطبية لكن الغث منها مختلط مع السمين واللب منها مختلط مع القشر، فأنا لا أطلب المستحيل من أساتذتنا الكرام سوى أن يعلمونا أن نفرق بين الشيء الأساسي والشيء الثانوي بين الغث والسمين كما يفعل هذا الكتاب.

أرجو من الله سبحانه وتعالى أن يكون هذا الكتاب لبنةً صالحة في بناء صرح الحضارة العربية والحضارة الانسانية جمعاء وأتوجه إليه سبحانه بالشكر الجزيل الذي أعانني على إنجاز هذا الكتاب.

د. محمد عامر مطر

شباط 2001.

1

القصة السريرية والفحص الفيزيائي
History and Examination

مقدمة قمْ بالتعريف بنفسك، واطلب السماح بمقابلة المريض وفحصه، إنّ العلاقة المتينة مع المريض ضرورية لتكون المقابلة جيدة، وهذه المهارة لا تتأتى إلاّ بالممارسة. اسأل عن اسم المريض وعمره • اسأل عن الشكاية الحالية • اسأل أسئلة تتعلق بالجهاز الذي هناك شك في إصابته.

السوابق المرضية والجراحية اسأل بشكلٍ خاص عن اليرقان، الصَرَع، الحمى الرثوية، السل، الداء السكري، العمليات الجراحية.

الأدوية قم بتحصيل أكبر قدر من المعلومات عن الأدوية، بما في ذلك الأدوية التي تشترى من خارج الحدود. كما يجب التحري عن التحسس تجاه الأدوية وعن أي ارتكاس غير مفسر.

الاستفسار عن وجود قصة تدخين أو تعاطي المشروبات الكحولية سواء كانت سابقة أم حالية.

القصة العائلية والاجتماعية اسأل عن الحالة العائلية، المهنة، الظروف المنزلية والاجتماعية، الحالة الصحية الحالية للعائلة وأسباب وفاة الأبوين أو الأشقاء • يجب تحري وجود أمراض في العائلة • يجب التنبه لوجود قصة سفر حديث خارج البلاد.

الاستجواب الجهازي (مقاربة الأجهزة التي لم يتم التطرق إليها أثناء تفصيل الشكاية الحالية).

الجهاز القلبي الوعائي CVS • الألم الصدري: مكانه، خاصته (صفاته)، مدته، شدته، انتشاره، العوامل المفاقمة والعوامل المفرّجة، والشكايا المرافقة له • ضيق النفس: اسأل عن بدايته، هل يسوء بالجهد أو أثناء الليل، العوامل المفرجة له مثل: اتخاذ وضعية الجلوس أو استنشاق الهواء الطلق، وجود أزيز مرافق له • الخفقان: اطلب من المريض أن يقلد شكل الخفقان بالنقر على الطاولة • العرج المتقطع • تورم الكاحل.

الجهاز التنفسي RS : • انقطاع النفس • السعال (هل هو منتج وما هو لون القشع) • نفث الدم • التعرق الليلي • الأزيز.

الجهاز الهضمي GI: • الوزن (هل يزداد أم هو ثابت أو ينخفض) • الشهية • عسر البلع • التخمة (عسر الهضم) بما فيها العوامل المفاقمة والمفرجّة لها • الغثيان والإقياء • الألم البطني • عادة التبرز (التغوط) وملاحظة أي تغير فيها عن الحالة السوية • قوام ولون البراز وميله لأن يطفو • سلس البراز • النزف المستقيمي (الشرجي).

الجهاز البولي التناسلي UGS: • تعدد البيلات • عسر البول • إلحاح البول وتقاطره Hesitancy and dribbling • سلس البول • البيلة الدموية أو تلون البول بألوان أخرى • دورة الحيض (الدورة الطمثية) وملاحظة أي تغير فيها عن الحالة السوية • النزف بعد الإياس (بعد سن الضهى) • العنانة • التوجه الجنسي (هل هو مناسب؟).

الجهاز الحركي MS: • الحركة • الألم المفصلي • التيبس والتورم المفصلي.

الجهاز العصبي المركزي CNS: • الصداع • البصر بما فيه الشفع (الرؤية المزدوجة) • حدوث نوب من الدوام • الغشي والسقوط • الضعف • التنّمل • الرُعاش والحركات اللا إرادية • الرُتة وعسر الكلام • حس الذوق والشّم.

الفحص الفيزيائي EXAMINATION

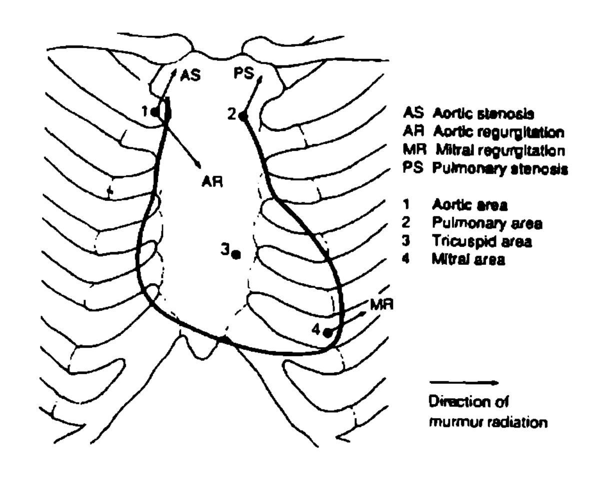
مظاهره العامة GENERAL FEATURES

يجب الانتباه للحالة العامة للمريض (جيدة أم سيئة)، التوجه للزمان والمكان والأشخاص، الهياج، التجفاف، الزراق (محيطي، مركزي)، اليرقان، الشحوب، حالة التغذية، تضخم العقد اللمفية، فحص الثدي، توزع الأشعار في الجسم، الجلد، اليدين والأظافر (المفاصل، الحُمامى الراحية، تقفع دوبويتران، تعجر الأصابع، النـــزوف النمشية في سرير الظفر)، اللسان، الحنجرة، وجود جدرة درقية.

الجهاز القلبي الوعائي CARDIOVASCULAR SYSTEM

- النبض (الكعبري): السرعة، النظم، حجم النبض، ميزات النبض (سوي، متسارع ببطء، واهط، مشطور)، قم بجس النبض الكعبري في كلا الطرفين في نفس الوقت لتقييم التزامن بينهما، وتحر تأخر النبض الفخذي - الكعبري. قم بوضع جدول يوضح وجود أو غياب النبض الكعبري، العضدي، السباتي، الفخذي، المأبضي، الظنبوبي الخلفي، وفي شريان ظهر القدم.
- قيّم ارتفاع وصفات النبض الوريدي الوداجي JVP والمريض مستلق بشكل مرتاح بزاوية 45 درجة مئوية، جُسَّ منطقة البرك لتحري ضربة القمة (تتوضّع عادة في الحيز الوربي الخامس أنسي الخط منتصف الترقوة) وتحر الدفع heaves أوالهرير.
- اصغِ منطقة البرك (باستخدام الجزء المخروطي من السماعة)، والحافة اليسرى للقص (باستخدام الجزء الحجابي من السماعة)، والباحتين الرئوية والأبهرية (الحيز الوربي الثاني الأيمن والأيسر على الترتيب باستخدام الجزء الحجابي من السماعة)، كل ذلك قبل تسمع منطقة القمة حيث المريض مستلق على جانبه الأيسر (لتحري تضيق التاجي) وقبل تسمع منطقة الحافة القصية السفلية والمريض مائل بجذعه بعد أن يميل نحو الأمام ويوقف تنفسه في المرحلة الزفيرية للدورة التنفسية (لتحري قصور الأبهر).
- انتبه لمميزات الصوتين القلبيين الأول والثاني: (سوية، ثابتة، انشطار عكوس) وانتبه لوجود أي أصوات إضافية (صوت ثالث أو رابع)، أو لوجود احتكاكات تامورية.

- انتبه لوجود النفخات، وحدد نوعيتها، ومكان نشوئها، وشدتها القصوى، واتجاه انتشارها، الشكل (1 - 1).
- فتش عن وجود وذمات في أماكن الارتكاز (في الكاحل، العجز).
- قمْ دوما بقياس الضغط الدموي (في وضعيتي الاستلقاء والجلوس إذا كان بالإمكان ذلك) وابحث عن وجود النبض المتناقض، وتسمع الصدر بحثا عن الفرقعات crackles والتي تشير إلى قصور أيسر القلب.



الشكل 1 - 1 مواقع الاصغاء القلبي

الجهاز التنفسي RESPIRATORY SYSTEM

- الزراق المركزي والمحيطي، ضيق النفس أثناء الراحة، تعجر الأصابع، تلون واصطباغ الأصابع بالقطران Tar، ضمور العضلات الظهرية الأولى بين عظام أصابع اليد (علامة ورم محتمل في قمة الرئة) علامات احتباس غاز ثاني أكسيد الكربون، (رعاش غليظ "خشن" أي لاثباتية خشنة، أطراف حارة، نبض مقيّد pounding pulse، تخليط، وذمة الحليمة البصرية).
- قم بتسجيل معدل (سرعة) التنفس (المعدل السوي يتراوح بين 12 - 14 مرة/ دقيقة) ونموذج التنفس (سوي، تشين ستوكس، كسمول).

- قم دوما بمقارنة طرفي الصدر أثناء الفحص الفيزيائي.
- راقب حركة جدار الصدر خلال التنفس الهادئ، وخلال الزفير والشهيق العميقين.
- قم بقياس تمدد الصدر في الاتجاهين الجانبي والأمامي الخلفي (يجب أن يكون مقدار التمدد 5 سم على الأقل).
- لاحظ وجود السحب الوربي (بين الأضلاع) واستخدام العضلات الإضافية في التنفس.
- قم بجس الصدر لتحري وجود نفاخ تحت الجلد.
- قم بتحديد موقع الرغامى عن طريق الجس.
- قم بتحري الحسيس اللمسي tactile fremitus عن طريق الجس.
- اقرع، تسمع، قيّم الرنين الصوتي ونقل الصدر للهمس في كلا الوجهين الأمامي والخلفي للصدر، بما في ذلك القمتين والإبطين.
- تسمع وحدد نوعية أصوات التنفس (سوية، غائبة، قصبية)، وتحر عن وجود أي أصوات إضافية (فرقعات، أزيز، احتكاكات جنبوية).
- قم دوما بفحص القشع في حال وجوده (وردي اللون ومُزبد frothy، قيحي، مخاطي، نفث الدم).

GASTROINTESTINAL SYSTEM الجهاز الهضمي

- فتش عن سمات (علامات) المرض الكبدي المزمن (الوَبَش leuconychia الحمامى الراحية، توسع الشعيريات العنكبوتي، اللاثباتية، (الرعاش الرفرفي)، فقد الأشعار الجنسية الثانوية، اليرقان، ضمور الخصيتين، التثدي، رأس المَدوسة، الحبن، وجود علامات تدل على الحك).
- افحص الأسنان واللسان والحلق.
- تأمل مظهر البطن (وجود ندبات، حركة البطن مع التنفس، التمعج، التورمات، دفعات السعال، الفتوق).
- قم بجس البطن برفق وبشكل سطحي (يجب أن تكون يد الفاحص دافئة)، وذلك بعد سؤال المريض عن المناطق المؤلمة بشكل خاص، ثم قم بجس جميع مناطق البطن مع التعمق قليلا في مستوى الجس.
- أعرْ اهتمامك أثناء الجس لمناطق الكبد والطحال والكليتين بشكل خاص، وتحر عن حَجمها بالقرع (يجب أن يتم القرع دوما باتجاه واحد وهو من منطقة الوضاحة باتجاه منطقة الأصمية).
- اقرع مناطق البطن برفق، وتحر عن وجود أصمية متنقلة (دليل الحبن).
- تسمع الأصوات المعوية وحدد نوعيتها (سوية، ضعيفة، قوية في شدتها، وجود رنّة والتي تسمع في الانسدادات، غائبة، ووجود لغط bruits).
- قم بإجراء الفحص المستقيمي (المس الشرجي) PR والفحص المهبلي (المس المهبلي)PV.

- حدد مستوى الوعي (سُلّم السبات لغلاسكو. الاستجابة الحركيةـــ وهي من (1) إلى ست درجات، الاستجابة اللفظية وهي من (1) إلى 5 درجات، فتح العينين وهي من (1) إلى 4 درجات، وعليه يكون الحَرَز الأعظمي هو 15 درجة (الجدول 1 - 19 **ص 361**).
- قيّم الكلام (عُسر الكلام، الرّتة، عسر التصويت).
- قيّم المشية.
- افحص الأعصاب القحفية:
  - I. الشّم: افحص كل منْخَر بشكل منفصل.
  - II. افحص قاع العين، السّاحتين البصريتين، حدة الرؤية، الاستجابة الحدقية المباشرة واللامباشرة.
  - III، IV، VI. حركات العين الخارجية، الإطراق.
  - V. المكونات الحسيّة والحركية لفروعه الثلاثة.
  - VII. المكونات الحسية والحركية، حس الذوق في الثلث الأمامي من اللسان.
  - VIII. المكونات الدهليزية والسمعية.
  - IX . المنعكس البلعومي، حس الذوق في الثلثين الخلفيين، منعكس البلع.
  - XI . الاستجابة الحركية للعضلة القصية الترقوية الخشائية وشبه المنحرفة.
  - XII. حركات اللسان.
- افحص القدرة (الدرجة 1 = شلل رخو، الدرجة 5 = قدرة سوية).
- افحص التوترية (سوي، ناقص، رخو، زائد، [الشُّناج" علامة الموسى الكبّاس" أو الصمل " أنبوب الرصاص، الرمع]، تناسق الأطراف الأربعة.
- قم دوما بالمقارنة بين طرفي الجسم.
- قيّم الإحساس (الإحساس الضوئي، إحساس اللمس العميق، حس المستقبلات العميقة، الإحساس بالاهتزاز، الإحساس بالحرارة، والإحساس بالألم، حس التمييز بين النقطتين).
- أجْرِ اختبار رومبرغ.
- تحرَ وَحَلّول المنعكسات في الأطراف الأربعة بما فيها الاستجابة الأخمصية (الجدول 1 - 1).

الجدول 1 - 1 ، مستويات المنعكسات الجذرية

المنعكس	مستوى الجذر
ثنائية الرؤوس	C5, 6
ثلاثية الرؤوس	C7, 8
منعكس الاستلقائية	C6
الركبة	L3, 4
الكاحل	S1

2

الأعراض والعلامات الشائعة
Common Signs And Symptoms

بعض الأعراض والعلامات شائعة، حتى أن تمييزها وتفسيرها يشكل جزءا من الممارسة السريرية اليومية، وهي كثيرا ماتصادف أثناء الفحوص السريرية، مثال: " دَوِّن قائمة بالأسباب الشائعة لضخامة الكبد في هذه المنطقة "، " ما الفرق بين الرَشْحَة Transudate والنضحة Exudate ؟، أو "ماهي أسباب الرجفان الأذيني؟ "، وهكذا سوف يدرك الطالب النجيب أنّ هناك عددا محدودا من الأعراض والعلامات التي يكثر تصادفها وإنّه، وبقليل من الوقت، سوف يُلِمُّ بها.

FINGER CLUBBING تعجر الأصابع

تعجّر الأصابع علامة فيزيائية هامة يجب تحريها عند كل المرضى. إن السبب المستبطن لتعجر الأصابع ليس واضحا، لكنّ يشكل نقص تأكسج الدم الشرياني سببا هاما له، وربما كان للوعائية الشاذة والعوامل العصبية المنشأ، أو الخلل الوظيفي في الصفيحات دورا في حدوثه. في المرحلة الأولى يزداد تموّج سرير الظفر، ثم يليه ازدياد في انحناء المحور الطولاني للظفر وتورم النسج اللينة.

يمتاز الاعتلال المفصلي العظمي الرئوي الضخامي، والذي يحدث فيه ارتفاع سمحاقي وتشكل لعظم جديد، بترافقه بإيلام في المعصمين.

المسببات **يمكن تقسيم أسباب تعجر الأصابع إلى أربع مجموعات:**

أسباب صدرية سرطانة قصبية، ورم المتوسطة Mesothelioma، الورم التوتي، الليفوم العصبي، اللمفوم، داء الأميانت، التهاب الأسناخ التليفي، الخراجات، توسع القصبات، الدبيلة، والداء الليفي الكيسي.

أسباب قلبية وعائية التهاب الشغاف الخمجي، الشَوَه الشرياني - الوريدي الرئوي، الداء القلبي الزُراقي مثل العيب الحاجزي الأذيني أو البطيني مع تحويلة من الأيمن للأيسر إلى اليسار، رُباعية فالو.

أسباب معدية معوية تشمع الكبد مثل: التشمع الصفراوي البدئي أو التهاب الكبد المزمن الفعّال، داء كرون، التهاب القولون التقرحي، الداء البطني (الداء الزُلاقي أو الجوفي).

متفرقات الانسمام الدرقي، الشَوَه الشرياني الوريدي العضدي، أسباب عائلية. ربما تراجع تعجر الأصابع إذا عولج السبب المستبطن الكامن وراءه كالسرطانة القصبية.

CHEST PAIN الألم الصدري

يُشكّل الألم الصدري واحدا من أشيع الاستطبابات للقبول الطارئ في المستشفيات، ورغم أن الحالات التي تسبب ألما صدريا كثيرة، فإن كثيرا من هذه الحالات يترافق مع أنماط متشابهة من الألم، إلاّ أن القصة السريرية المأخوذة بشكل دقيق كثيرا ماتفيد في

التفريق بينهما، يمكن - للسهولة - تقسيم الألم الصدري إلى مجموعتين: الألم الصدري الموضع (البؤري) والألم الصدري المنتشر (قليل التوضع).

الجدول 1 - 2 ، أنماط الألم الصدري

الموضع	المنتشر
ذات الجنب	الذبحة الصدرية
كسور الأضلاع	احتشاء عضل القلب
الحلأ النطقي	التهاب المريء الجزري
اللقطة البركية Precordial catch	التهاب عضل القلب
التهاب التامور	اعتلال عضل القلب الانسدادي الضخامي
متلازمة تيتز Tietze's syndrome	تسليخ الأبهر
الاحتشاء الرئوي	التشنج المريئي

الذبحة الصدرية يمتاز الألم في الذبحة الصدرية بأنه مركزي عاصر، يتحرض بالجهد أو الإثارة، ومن الشائع انتشاره للذراع اليسرى وإلى الفك السفلي، وغالبا مايترافق بحسّ دنو الأجل، وعادة ينفرج بسرعة عند تناول النترات.

احتشاء عضل القلب صفات الألم هنا مشابهة للألم السابق مع بعض الاختلافات، التي منها طول مدة الألم وعدم زوال الألم عند تناول النترات يحدث الألم غالبا هنا عند الراحة أو أثناء الليل، الغثيان والقياء وضيق النفس هي ملامح تترافق بكثرة مع الألم، الصدري في الاحتشاء، ربما كان الألم الصدري المرافق للاحتشاء خفيفا، أو ربما كان غائبا.

التهاب المريء الجزري غالبا مايترافق هذا الألم مع تناول الطعام أو يتلوه، يزداد عند الانحناء نحو الأمام، أو عند تناول المشروبات الحارة، أو عند الاستلقاء، بينما ينفرج بتناول مضادات الحموضة.

ذات الجنب والاحتشاء الرئوي يمتاز الألم الصادر عنها بكونه موضعا وحادا في طبيعته، ويتفاقم أثناء التنفس والسعال.

أسباب أخرى للألم الصدري

- التهاب الفقار الرقبي
- القرحة الهضمية
- المغص المراري
- لتهاب الرغامى
- ذات الرئة
- التهاب الثدي
- التهاب المنصف

الرجفان الأذيني ATRIAL FIBRILLATION

قد يحدث الرجفان الأذيني عند أي حالة تؤدي لتوسع الأذين، ويمتاز الرجفان الأذيني بوجود نبض غير منتظم بشكل غير منتظم، وبغياب موجة a في الضغط الوريدي الوداجي JVP، ربما سببت البؤر البطينية المتبذة والمتعددة نبضا غير منتظم بشكل غير منتظم، إلاّ أن الجهد يقلل عادة من عدم الانتظام بخلاف حالة الرجفان الأذيني. يمكن تأكيد التشخيص بملاحظة غياب موجات p على مخطط كهربائية القلب. يجب تمييز موجات f الصغيرة في الرجفان الأذيني الحديث عن موجات p على مخطط كهربائية القلب.

المسببات

- اعتلال عضل القلب
- فرط ضغط الدم
- الداء القلبي الإقفاري
- الانسمام الدرقي
- تضيق التاجي
- ذات الرئة
- متلازمة الجيب المعتل (العقدة المريضة)
- التهاب التامور العاصر
- الديجوكسين
- غامضة

التدبير **يمكن، عادة، إعادة الرجفان الأذيني إلى النظم الجيبي في حال كان بالإمكان التخلص من السبب المسؤول عن هذا الرجفان (مثل الانسمام الدرقي) وإذا لم ينقلب النظم إلى جيبي رغم التخلص من السبب المسؤول، فعندها يستطب إجراء قلب للنظم Cardioversion. وفي حال عدم القدرة على إبعاد السبب المسؤول، فإن افضل تدبير لهذه اللانظمية هي إعطاء الديجوكسين لإنقاص معدل الاستجابة البطينية. ربما كان إعطاء الديجوكسين بمفرده غير كافٍ لضبط السرعة ضبطا تاما عند بعض المرضى، وعندها قد يفيد إضافة جرعة صغيرة من محصرات البيتا أو الفيراباميل. يجب عدم استخدام الديجوكسين في تدبير الرجفان الأذيني الناشئ عن متلازمة ولف - باركنسون - وايت. ربما استطبّ إعطاء مضادات اللانظمية الأخرى كالديزوبيرميد Disopyramide والكينيدين والأميودارون عند بعض المرضى المصابين بالرجفان الأذيني الانتيابي.**

يزداد خطر الإصابة بالسكتات عند مرضى الرجفان الأذيني، لكن مضادات التخثر لاتستطب عادة إلا في أمراض الصمام التاجي وفي الرجفان الأذيني الانتيابي. إن السبب المسؤول عن كثير من حالات السكتة هو التصلب العصيدي المرافق، وتلك الحالات لاتتأثر بالعلاج بالورفارين، والذي له مخاطره المعروفة الخاصة به.

يحدث اليرقان عند زيادة مستوى البليروبين في المصل عن 50 ميكرومول /ل، علما أن الاصطباغ بلون أصفر يحدث في فرط الكاروتينمية، ولكن في هذه الحالة لايحدث اصطباغ الصلبة باللون الأصفر. ينجم البليروبين عن تحطم الخضاب (الهيموغلوبين)، ونسبة قليلة منه تنجم عن تحطم الميوغلوبين والإنظيمات.

يوجد البليروبين في الدم مرتبطا مع الألبومين، ويقترن في الكبد مع الغلوكورونيل ترانسفيراز ليتحول إلى البليروبين الثنائي حمض الغلوكورونيك الذواب في الماء والذي يفرغ في الصفراء. هذا وينقلب البليروبين في القولون إلى مولد اليوروبيلين urobilinogen الذي يفرغ في البراز، أو يُعاد امتصاصه ليفرغ في البول.

هناك ثلاثة أسباب مسؤولة عن اليرقان: • فرط انتاج البليروبين • استقلاب شاذ للبليروبين • خلل في إفراغ البليروبين. هذا ويقود السببان الأوليان لزيادة البليروبين غير المقترن، بينما يقود الثالث لفرط البليروبين المقترن في الدم.

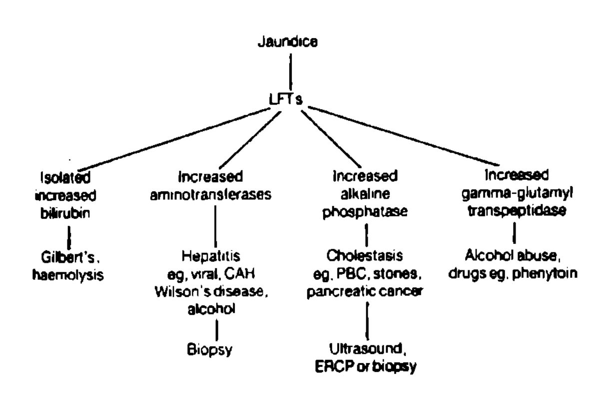
الجدول 2 - 2 ، أسباب اليرقان

غير المقترن	المقترن
انحلال الدم	التهاب الكبد
ارتشاف الورم الدموي	تشمع الكبد
متلازمة جلبرت	الركود الصفراوي المحرض دوائيا
الإنتان	الإنتان Sepsis
قصور القلب	متلازمة دوبين جونسن
متلازمة كليغلر - نجار	متلازمة روتر
الأدوية (ريفامبيسين)	انسداد القناة الصفراوية (حصيات، تضيق، ورم)

متلازمة جلبرت هي متلازمة حميدة لاأعراضية تصيب 5% من السكان تقريباً، وتتصف بزيادة البليروبين غير المقترن، والذي يرتفع عند الصيام والكرب (الشدة) وتناول حمض النيكوتين وتعاطي الكحول. في الممارسة العملية تصادف متلازمة جلبرت على شكل ارتفاع في البليروبين مترافق مع اختبارات سوية لوظائف الكبد، وذلك عند شخص موفور الصحة، مع غياب أي دليل على انحلال الدم " وجود انحلال دموي " (بمعنى وجود مستويات هيتوغلوبين سوية دون وجود زيادة في الشبكيات)، وعندها لايوجد استطباب لمتابعة الاستقصاءات بوجود هذه المعايير.

عملياً، وبدلا من تصنيف اليرقان إلى يرقان ناجم عن فرط البليروبين المقترن ويرقان ناجم عن البليروبين غير المقترن، يمكن تقسيمه إلى يرقان الركود الصفراوي ويرقان

الالتهاب الكبدي، والتمييز بينهما يتم عادة وبشكل مبدئي، اعتمادا على الشذوذات في وظائف الكبد الأخرى، وخاصة الفسفاتاز القلوية والأمينوترانسفيراز (ناقلات الأمين)، حيث أن الأولى تترافق مع الركود الصفراوي، بينما تترافق الثانية مع الأذية الخلوية الكبدية.



الشكل 1 - 2 استقصاء اليرقان

HEPATOMEGALY ضخامة الكبد

إنّ جس الحافة الكبدية لايعني دوما وجود ضخامة الكبد، وربما كان ذلك ناجما عن انزياح الكبد عند مرضى فرط الانتفاخ الرئوي، لذلك كان من الضروري تحديد الحافة العلوية للكبد عن طريق القرع، والتي هي عادة بمستوى الضلع الخامس أو الحيز الوربي الخامس. يمكن تعريف ضخامة الكبد على إنّها ازدياد في البَاع Span الكبدي عن 12 سم على الخط منتصف الترقوة، ويمكن تأكيد ذلك باستخدام تخطيط الصدى (الأمواج فائقة الصوت) أو التفرس النظائري Isotope scanning. الأسباب الأكثر شيوعا لضخامة الكبد في المملكة المتحدة هي: التشمع، قصور القلب، السرطان. (الجدول 2 - 2)، يجب عدم الاكتفاء بتدوين حجم الكبد، بل وتدوين شكله ومنسوجه ووجود الإيلام فيه، كما يجب الانتباه لوجود النبضان واللغط فوقه حيث يحدث النبضان في قلس الثلاثي الشرف، بينما يحدث اللغط في التهابات الكبد وفي الخباثة البدئية أو الثانوية.

الجدول 3 - 2 : أسباب ضخامة الكبد

الحدثية	الداء	الملامح المرافقة
احتقانية	قصور القلب الاحتقاني	وذمة محيطية، ارتفاع الضغط الوريدي الوداجي
	بودتشياري	حبن حاد، ألم في الربع العلوي الأيمن
خمجية	خموي	سَرَف الأدوية عن طريق الوريد
	جرثومي	التماس مع أشخاص مصابين باليرقان
	اواليّ	بيلة دموية (داء ويل)
	طفيلي	وجود قصة موجهة
		التواجد مع الكلاب
		(الداء العداري)
خبيثة	ورم كبدي	أدواء الكبد المزمنة
		إيجابية HBV أو HCV
		ارتفاع ألفا - فيتوبروتين (البروتين الجنيني ألفا)
	نقائل	ورم بدئي، نقص الوزن
الداء النقوي التكاثري	تليف النقي	ضخامة الطحال، شذوذ في التعداد الدموي الكامل
	الابيضاض	شذوذ في تعداد الكريات البيض المحيطية
ارتشاحية	تشحم الكبد	الكحولية، البدانة
	الداء النشواني	ضخامة اللسان (بدئي)
		الالتهاب (ثانوي)
استقلابي	الصباغ	قصور القلب
	الدموي	السكري
		التصبغ
انسداد مراري	التشمع	اللويحة الصفراء، الحكة
	الصفراوي البدئي	نقص الوزن، الحكة
	التهاب المعثكلة	اليرقان غير المؤلم
	السرطانة	الدوالي، التكدم
تليفية	التشمع	العنكبوت الوعائية

ضخامة الطحال SPLENOMEGALY

رغم أن الطحال ليس أساسيا للحياة، إلاّ أن له أربع وظائف على الأقل:
• مناعية (العضو المفرد الأكبر في الجهاز المناعي). • مرْشّحة للجراثيم وخلايا الدم الشاذة. • مستودع للدم يفيد في ضبط الجريان الدموي البابي. • مسؤول عن تكون الدم عند الجنين وفي اضطرابات استبدال النقي. يمكن جس الطحال، فقط، عندما يتضاعف حجمه ثلاث مرات عن الحجم السوي. في الحالة السوية توجد أصمية عند قرع المسافة

بين الضلعين التاسع والحادي عشر ناجمة عن وجود الطحال. إن وجود طحال محسوس يعني دوما وجود شذوذ يستدعي التحري عن سببه (الجدول 4 - 2).

فرط الطحالية هي حالة ينخفض فيها عنصر أو أكثر من عناصر الدم بسبب فرط فعالية الطحال. يحدث الغياب التشريحي أوالوظيفي للطحال في: احتشاء الطحال، استئصال الطحال، الداء البطني (الزلاقي)، الذرب الاستوائي، فقر الدم لفنكوني، ويمكن تمييز هذا الشذوذ بفحص فيلم الدم بملاحظة: الخلايا المستهدفة، الخلايا المنشقة، أجسام هولي جولي، خلايا بور.

الجدول 4 - 2 : أسباب ضخامة الطحال

الحالة	الداء	الملامح المرافقة
خمجية	البرداء	فيلم دم شاذ
	الحمى الغدّية	إيجابية اختبار القبعة
	التهاب الشغاف الجرثومي تحت الحاد	نفخة قلبية، إيجابية زرع الدم بيلة دموية
دموية	الابيضاض	فلم الدم شاذ
	تليف النقي	فلم الدم شاذ
	فقر الدم الانحلالي	يرقان، إيجابية اختباركومبز، هبتوغلوبين
	كثرة الحمر الحقيقية	الخضاب، حكة
	اللمفوم	الاعتلال العقدي اللمفي
	وجود الحمر الكروية	فلم الدم شاذ
	نقص الصفيحات المجهول	قلة الصفيحات
فرط ضغط الدم البابي	التشمع	ضخامة الكبد، الدوالي
	خثار وريد الباب	الدوالي، اختبارات وظائف الكبد سوية
اضطرابات النسج الضام	الذأب الحمامي	اختبارات مصلية إيجابية
	الداء الرثياني	

الاعتلال العقدي اللمفي LYMPHADENOPATHY

هناك أسباب عديدة للاعتلال العقدي اللمفي، ويبين الجدول (5 - 2) الأسباب الأكثر شيوعاً.

الجدول 5 - 2 ، التشخيص التفريقي للاعتلال العقدي اللمفي

اسباب ورمية	دموية الابيضاضات الحادة، اللمفومات الابيضاض اللمفاوي للزمن، كثرة للنسجات لادموية السرطانة: في الرئة أو الثدي أو الكلية
أسباب خمجية	حموية حمة إبشتين بار، الحمة للضخمة للخلايا التهابات الكبد ا، الحصبة الألمانية جرثومية السل، الإفرنجي فطرية داء النوسجات أوالية البرداء، داء للقوسات
حالات مناعية	الذاب الحمامي، التهاب للفصل الرثياني
أسباب استقلابية	أدواء تخزين الشحميات
أسباب اخرى	الغرناوية، الأدوية (مثل الفينيتوين) داء للنسجات X

الكتل الجلدية SKIN LUMPS

الكتل الجلدية شائعة وهي غالبا السبب الذي يدفع بالمريض لطلب الرعاية الطبية.

الأفات الجلدية

الافات الحميدة

الثآليل: وهي حموية، وأكثر شيوعا عند الأطفال واليُفع، وتتوضع عادة على اليدين والوجه والقدمين، وقد تكون زُهرية في بعض الحالات معطية بذلك آفات تناسلية (انظر مبحث الأمراض الجلدية فيما بعد).

الشامات Moles (الوحمة المصطبغة) (Pigmented naevus): وهي عادة مسطحة، لكن قد تكون مرتفعة، وتتطور عادة في المراحل الباكرة من الحياة، وهي أكثر شيوعا في المناخ المداري، وفي حالات نادرة تكون هذه الشامات مكانا للاستحالة الملانومية.

الكيسات الزُهمية sebaceous: عبارة عن كيسات بطيئة النمو ذات نفطة Punctun غالبا، حاوية على مادة زهمية، والأماكن الأكثر شيوعا لتوضعها هي: الفروة، الوجه، الأذنان، الظهر، الصفن.

الورم الشحمي (الشحموم) Lipoma: فرط نمو متحرك للنسج الدهنية، يكون متعددا ومؤلما في داء ديركم Dercum D.

الوعاؤوم الشعري (وحمة الفريز Staw berryn): آفات وعائية تشاهد عند الرضع عادة، حيث تميل لأن تكبر في الأشهر القليلة الأولى من الحياة، ثم تزول بشكل عفوي.

الوعاؤوم الكهفي: يتألف من فراغات وعائية ضخمة، نادرا ما تزول عفويا.

التقرانات المثية Seborrheic Keratoses: آفات اصطباغية بطيئة النمو، تشاهد عادة على الجذع والجبهة عند الأشخاص المسنين.

الحبيوم المقيِّح: عبارة عن عقيدة من الشعيرات التكاثرية ذات لون بني محمر أو أسود تنمو بسرعة منذ البداية، غالبا في موضع الرضوح، هذه العقيدة قد تزول عفويا أو تحتاج للاستئصال.

المُليساء المعدية Molluscum contagiosum: خمج بحمة جدرية يؤدي لظهور حطاطة مسررة، والتي تزول عفويا بشكل شائع، وبعد أشهر من ظهورها.

الدمل (الحبة) Furncle: خمج جرثومي حول الجريب، يتوضع عادة على العنق، الوجه، الأليتين، الصدر وهو كثير الشيوع، ويميل للتعنقد (الجمرة) عند مرضى داء السكري.

الآفات قبل الخبيثة

التقران السافع Actinic keratosis: عبارة عن مناطق قشرية حمراء من الجلد، تملك كمونا خبيثا في حال تُركت دون علاج.

الحزاز المسطح Lichen planus: آفة شاحبة اللون تشاهد في الفم، وتملك كمونا خبيثا في حال تركت دون علاج.

الحزاز التصلُّبي: هذه الآفة ماقبل الخبيثة في حالة تركت دون علاج في المنطقة التناسلية.

الطلوان Leukaplakia: شذوذ مخاطي سميك شاحب، تشاهد عادة على الشفة والمخاطية الفموية والفرج، والذي ربما تحول لسرطانة وسفية Sequamous car.

الآفات الخبيثة : (انظر مبحث الأمراض الجلدية فيما بعد).

سرطانة الخلية القاعدية B.C.C. (القرحة القارضة): وهي الخباثة الجلدية الأكثر شيوعا، تصادف غالبا على الوجه، ونادرا ماتعطي نقائل، يجب تدبير الآفات الباكرة الصغيرة بالكيّ والتجريف، بينما تحتاج الأورام الكبيرة إلى المداواة بالأشعة.

السرطانة الوسفية S.C.C.: يعتقد أن هذه السرطانة تتطور في نواحي الجلد المتعرضة سابقا للأشعة فوق البنفسجية أو الرضوح أو الإشعاع، علما أن المكان الأشيع لتوضعها هو الوجه. ربما أعطت هذه السرطانة نقائل بشكل مبكر، وهي ذات إنذار أسوأ مقارنة مع إنذار سرطانة الخلية القاعدية، خاصة إذا ظهرت على الأذن.

الملانوم الخبيث: ينشأ قسمٌ ضئيل منها من الشامات، وهي ليست دوما مصطبغة. إنذار الملانيوم الخبيث أسوأ مقارنة مع الأورام الجلدية الأخرى، ويجب استئصالها باكرا قدر الإمكان مع استئصال هامش (محيط أو حياط) يقيس 7 سم على الأقل.

داء بُوون Bowen's.d: وهو سرطانة داخل البشرة ذات مظهر مُتَحسِّف scaly (متقشر أو متوسف) أحمر مشابه للصداف مع كمون خبيث، يمكن القول بوجود ترابط هذا الداء مع (تعاطي) تناول الأرسينيك (الزرنيخ)، كما أنه وجد ترافق هذا الداء مع الخباثة الباطنة عند40% من المرضى.

الأمطار الفطراني: ورم متحسف نادر يحدث فيه توسع للشعيريات، وربما احتاج لسنوات لتصيب البنى خارج الجلد.

ساركوما كابوزي Kaposi's sarcoma: كان هذا الورم نادرا إلى أن ظهر الإيدز، يظهر بشكل عقيدات أرجوانية في الصدر غالبا.

داء باجيت في الحَلَمة : عبارة عن انتشار بشروي لسرطانة الثدي داخل الأقنية، يؤدي لملمح إكزمائي بجانب الحلمة.

النقائل: يمكن لأي خباثة باطنية أن تعطي نقائل للجلد، علما أن جدار البطن يشكل المكان الأشيع لهذه النقائل، هذا وتشمل الأورام التي تعطي مثل هذه النقائل: الرئة، المبيض، الكلية، المعدة.

OEDEMA الوذمة

نقول بوجود وذمة عندما يحدث تورم النسج الرخوة بسبب تجمع السائل الخلالي، هذا التجمع يحدث إما نتيجة لزيادة التشكل أو لخلل في الارتشاف.

الوذمة المعممة

تحدث الوذمة المعممة عند تجمع أكثر من 3 ألتار، وهذا يترافق دوما مع احتباس الكلية للصوديوم. يختلف المكان الذي تتجمع فيه السوائل باختلاف السبب الكامن وراء هذه الوذمة، فمثلا وذمة الكاحل أو وذمة الرئة يشكلان نموذجا للوذمة المشاهدة في قصور القلب، بينما تشكل الوذمة حول الحجاج نموذجا للوذمة المشاهدة في الحبن وتشمع الكبد، مع العلم بأن الآلية المسؤولة عن إحداث الوذمة تختلف باختلاف الداء المسبب.

قصور القلب: إن انخفاض النتاج القلبي، وزيادة الضغط الوريدي وانخفاض الجريان الدموي الكلوي وفرط الألدوستيرونية الثانوية تؤدي جميعا لاحتباس الصوديوم.

التشمع: يعتقد بأهمية فرط ضغط الدم البابي وفرط الألدوسترونية الثانوية والتحويلة الشريانية داخل الكلية ونقص البروتينمية (نقص بروتين الدم) في إحداث الوذمة في تشمع

القصور الكلوي: يؤدي الخلل في إفراغ الصوديوم الكلوي إلى حدوث الوذمة إذا لم يتم تنظيم قبط الصوديوم.

المتلازمة الكلائية Nephrotic syndrome: يعتبر انخفاض ألبومين الدم ونقص حجم المصورة عاملين هامين في إحداث الوذمة.

تتضمن *الأسباب الأخرى للوذمة:* الحمل، الوذمة الغامضة، الوذمة الوعائية العصبية، المعالجة بالستيرويد، قصور الدرقية، المخمصة (خاصة عند إعادة التغذية).

الوذمة الموضعة

تشكل وذمة الطرف السفلي في جانب واحد، والمشاهدة كمضاعفة للخثار الوريدي العميق، أشيع مثال على الوذمة الموضعة، علما أن انسداد الأوردة الكبيرة في أي مكان آخر يؤدي لحدوث وذمة، كما في انسداد الوريد الأجوف العلوي أو الوريد الأجوف السفلي أو انسداد الوريد تحت الترقوة. تقسم الوذمة اللمفية الناجمة عن انسداد لمفي إلى وذمة مكتسبة ووذمة ولادية (مثال داء ميلوري). ربما أصبح الطرف المشلول متوذما، وربما نتج عن الالتهاب الموضعي تجمع موضع للسوائل في الفراغات (الأحياز) الكامنة المجاورة مثل الانصباب الجنبوي أو الحبن.

> **التدبير** يعتمد التدبير على السبب للسبب. ففي الوذمة للعممة هناك، بشكل عام حاجة لتحديد تناول الصوديوم كما ينصح باستخدام المبيلات. ونظرا لأن نقص حجم المصورة موجود في الكثير من الأمثلة، لذا يجب تجنب الإفراط في تناول للبيلات، هذا وقد يكون إعطاء للبيلات وريديا ضروريا عندما تكون الوذمة الخلالية مقاومة للمبيلات.

التخليط والسبات CONFUSION AND COMA

ص 360

الألم البطني ABDOMINAL PAIN

يشكل الألم واحدا من أشيع الأعراض في الطب، والذي سوف نصادفه في الممارسة العملية عاجلا أم آجلا. وفي معظم الأمثلة فإنّ الألم البطني ذو أهمية قليلة، لكنه أحيانا يعبّر عن داء خطير وحالة مَرَضية مهددة للحياة.

يعتمد التمييز في معظم الأحيان على القصة أكثر من اعتماده على العلامات السريرية والاستقصاءات المختبرية. ومن وجهة نظر عملية، فإنّه يمكن تقسيم أسباب الألم البطني إلى جراحية وطبية (باطنية) (الجدولان 6 - 2 و 7 - 2) بينما تمت جدولة الأسباب الأقل شيوعا في الجدول (8 - 2).

الجدول 6 - 2 : الأسباب الطبية للألم البطني		
الاضطراب	الأعراض/العلامات	التشخيص
التهاب المري الجزري	ألم خلف القص، تخمة، تطبُّل البطن	تنظير داخلي، بلع الباريوم مناظرة الباهاء
القرحة الهضمية	ألم شرسوفي يتأثر بالطعام	تنظير داخلي، وجبة الباريوم
مغص مراري (قولنج)	ألم شرسوفي شديد، أو ألم في الربع العلوي الأيمن يستمر بين 10 - 60 دقيقة.	تخطيط الصدى (الايكو)، ERCP، اختبار وظائف الكبد
التهاب المعثكلة	ألم شرسوفي شديد ينتشر نحو الخلف	الأميلاز، تخطيط الصدى
متلازمة الأمعاء الهيوجة	ألم بطني، إسهال و/أو إمساك	قصة نموذجية، استقصاءات سلبية
التهاب الكبد والاحتقان الكبدي	ألم في الربع العلوي الأيمن، يرقان، وسن.	اختبارات وظائف الكبد، تخطيط الصدى، خزعة
داء كرون	ألم مغصي، إسهال	التصوير الشعاعي بالباريوم، تنظير داخلي
التهاب الرتج	ألم في الحفرة الحرقفية اليسرى، نزف بالفحص المستقيمي	حقنة الباريوم، تعداد البيض في الدم
التهاب المثانة	ألم فوق العانة مع عسر البول	تحليل البول وزرعه

الجدول 7 - 2 : الأسباب الجراحية للألم البطني		
الاضطراب	الأعراض/العلامات	التشخيص
التهاب المرارة	ألم في الربع العلوي الأيمن، قياء، حُمى، علامة مورفي	تخطيط الصدى/ التفرس بـ HIDA
انثقاب حشا اجوف	قياء، إيلام مرتد، صدمة	وجود غاز تحت الحجاب في وضعية الوقوف على صورة الصدر البسيطة
انسداد معوي	قياء، مغص، ↑ اصوات الأمعاء	مستويات سائلة وأمعاء متسعة على صورة البطن البسيطة
التهاب الزائدة	قهم، غثيان، إيلام في نقطة ماك بورني	↑ تعداد البيض في الدم، علوص ناحي على صورة البطن بالأشعة السينية، والتشخيص غالبا سريري
حمل منتبذ	صدمة، نزف بفحص المهبل، اصمية متنقلة، ألم كطعنة السكين.	تخطيط الصدى، تنظير البطن، ربما كان اختبار الحمل سلبيا

الجدول 8 - 2 ، أسباب ليست شائعة للألم البطني

استقلابية	تنفسية	متفرقات
حماض كيتوني	ذات الرئة	الشقيقة
داء أديسون	استرواح الصدر	احتشاء عضل القلب
فرط الكلسمية	الصمة الرئوية	الإقفار للساريقي
بعض الأدوية	ذات الجنب الحجابية	فرفرية هينوخ ـ شنلاين
التسمم بالرصاص		ورم كبدي (كبدوم)
البوريمية		نوبة من انحلال الدم
فرط شحميات الدم		داء شوكي (اونخاعي)
البرفرية المتقطعة الحادة		التابس الظهري

الحكة PRURITUS

الحكة عرض هام لأنّه مظهر شائع في الأمراض الجلدية، لكنّه لا يقتصر على الأمراض الجلدية، وربما عكس حالة مرضية مجموعية. تشير الحكة الموضعية، كالحكة الشرجية، لداء موضعي، بينما يمكن وضع تشخيص تفريقي واسع للحكة المعممة. هناك العديد من العوامل المسؤولة عن إمراضية الحكة مثل البروتياز، الهستامين، البروستاغلاندينات، الكينين، الحموض الصفراوية. بينما تبقى الآلية المسؤولة عن كثير من الاضطرابات غير واضحة، ويتم تفريجها بالحكة.

تتضمن الأدواء التي تسبب حكات معممة ما يلي:

- الركود الصفراوي المزمن (مثل التشمع الصفراوي البدئي).
- قصور الكلية المزمن.
- كثرة الحمر الحقيقية.
- الحمل.
- فرط الدرقية وقصور الدرقية.
- الأدواء التكاثرية النقوية (داء هودجكن، الابيضاض، النقيوم).
- المتلازمة السرطاوية.
- عوز الحديد.
- أمراض طفيلية (مثل الجرب).
- فرط التحسس الدوائي.
- كثرة الخلايا البدينة Mastocytosis.
- الداء السكري.
- ورم دماغي (خاصة في البطين الرابع).

يمكن تحديد معظم أسباب الحكة المعممة عن طريق إجراء تعداد دموي كامل، اختبارات وظائف الكبد، معايرة اليوريا والكهارل (الشوارد)، معايرة T4 والحديد بالإضافة لأخذ القصة الدوائية.

الصداع HEADACHE

الصداع عرض شائع، وهو ذو أهمية قليلة سريريا، لكنه قد يخفي وراءه داء خطيرا، ومن الضروري تشخيص نمط الصداع الموجود. ربما كان الصداع وعائيا أو عضليا في منشئه، أو ربما كان ناجما عن فرط الضغط داخل القحف أو بسبب مرض مجموعي (الجدول 9 - 2).

الجدول 9 - 2 : أسباب الصداع

النمط	الملامح
الشقيقة الشائعة	شائعة. وحيدة الجانب. غالبا نابضة. تستمر بضع ساعات. وتترافق مع الغثيان. ونادرا ما تترافق مع القياء.
التقليدية Classical	اقل شيوعا. وحيدة الجانب. نابضة. من المعتاد وجود الغثيان والقياء، ومن المميز وجود عتمات بصرية وومضانات.
العنقودي	صداع وحيد الجانب، يقع خلف الحجاج او في الصدغ، وهو غالبا ليلي، اشيع عند الذكور، الم شديد يستمر اقل من 60 دقيقة مترافق مع احتقان في الملتحمة ودمعان. يحدث على شكل نوبات مع فترات خالية من المرض تستمر شهورا.
التوتري	كثير الشيوع. يكون فيه الصداع نابضا او ضاغطا. معمما او وحيد الجانب، ربما ترافق مع الكرب ومن غير الشائع حدوثه صباحا.
الم الثلاثي التوائم	الم شديد رامح يستمر لثوانٍ. هناك مناطق قدحية تثير الألم قد تتعارض مع الأكل، غسل الوجه، حلق الذقن... إلخ يصيب عادة الفرع الفكي العلوي او الفكي السفلي للعصب الثلاثي التوائم.
التهاب الشريان الصدغي.	المصاب رجل مسن يشكو من كون الشريان الصدغي محسوسا ومؤلما مع صداع شديد مستمر مع/او دون تيبس في عضلات الحزام الكتفي، ارتفاع سرعة التثفل.
فرط الضغط داخل القحف.	صداع معاود كليل، غالبا يأتي عند الاستيقاظ ويسوء عند الانحناء والسعال. وربما كان هناك سعال او وذمة الحليمة البصرية.
الألم الوجهي اللانموذجي.	الم وجهي لا يسير وفق توزيع منسجم مع احد الأعصاب القحفية. ربما يرتبط بحالات مرضية سنية في بعض الحالات.

الجدول 9 - 2 : أسباب الصداع *(تابع)*	
فرط الضغط داخل القحف الحميد.	يشاهد عند النساء السمينات الشابات ويترافق مع القياء، هناك ارتفاع في ضغط السائل النخاعي، وذمة الحليمة البصرية. التصوير التفرسي سوي.

التدبير *الشقيقة:* الهجمات الحادة تعالج بالمسكنات البسيطة ومضادات الإقياء. بينما الـ 6 sumatriptan ملغ تحت الجلد او 100 - 200 ملغ فموياً او الـ ergotamine من للمكن ان يكون ضروري. الوقاية تكون بـ ، beta-blockers او 5-HT antagonists (methysegide او pizotifen)

الصداع العنقودي: يمكن ان نعطي معالجة مساعدة بـ sumatriptan، verapamil او الأوكسجين.

الصداع التوتري: يعالج بالمسكنات البسيكة

النزف تحت العنكبوتي: انظر ص 382

التهاب السحايا انظر ص 382

التهاب الشريان ذو الخلايا العرطلة انظر ص 304

ضيق النفس (الزلة) DYSPNOEA

هو إدراك شخصي غير مُريح لعملية التنفس، ويشكل عرضا لعدة اضطرابات، بينما تبقى الآلية المسؤولة عنه غير مفهومة بشكل دقيق، ويجب تمييز ضيق النفس عن فرط التهوية، والتي هي زيادة التهوية Hyperventilation عن الحاجات الاستقلابية، كما يجب تمييزه عن اللهث Hyperpnea وهو زيادة في التهوية بشكل متناسب مع الحاجات الاستقلابية، وأخيرا يجب تمييزه عن تسرع التنفس Tachypnea وهو تنفس سريع.

المسببات

انسدادية : أي انسداد أي مسلك هوائي بدءا من الحنجرة وانتهاء بالقُصيبات الصغيرة، وأشيع سبب هو التهاب القصبات المزمن والربو. يحدث ضيق النفس في الراحة كما يحدث في الجهد، وربما وجدنا بالفحص صريرا Stridor أو غطيطا Rhonchus.

أمراض المتن الرئوي (البارانشيم): كما في التهاب الأسناخ التليفي، الغرناوية، تغبر الرئة والذي يسبب ضيق النفس عند الجهد فقط، وبشكل مبدئي نسمع بالتسمع فرقعات Crackles.

الداء القلبي: الذي يسبب ارتفاعا في الضغط الإسفيني الشعري الرئوي، يحصل في المراحل الباكرة ضيق نفس جهدي فقط، ويبدي الفحص وجود علامات أخرى للداء القلبي كالنفخات وارتفاع الضغط الوريدي الوداجي، كما قد تظهر علامات إقفار أو احتشاء عضل القلب أو ضخامة البطين الأيسر على مخطط كهربائية القلب.

الداء الوعائي الرئوي: الناجم عن وجود صمة رئوية حادة أو راجعة، أو عن فرط ضغط الدم الرئوي الأولي. قد تكون البداية حادة أو مخاتلة وهذا يعتمد على السبب. علما أنّه قد توجد علائم على وجود خثار وريدي عميق، لكن الفحص يكون سويا غالبا. وقد تظهر ضخامة البطين الأيمن على مخطط كهربائية القلب.

شذوذ العضلات التنفسية أو جدار الصدر: كما في الحُداب الجنفي والسمنة والوهن العضلي الوبيل. ويكون التشخيص واضحا في هذه الحالات، لأن ضيق النفس الشديد يحدث فقط عندما تكون هذه الشذوذات شديدة.

ضيق النفس النّفسي المنشأ : وهو شائع نسبيا، لكن يجب عدم وضع التشخيص إلا بعد نفي جميع الأسباب الأخرى. يبدو معظم المرضى الذين لديهم ضيق نفس عضوي قلقين. وهناك شكاية تشاهد بشكل شائع عند مرضى ضيق النفس النفسي المنشأ وهي شعورهم "بعدم القدرة على التقاط نفس عميق بشكل كاف".

ضيق النفس الفيزيولوجي: وهو انقطاع النفس Breathlessness السوي الذي يصحب الجهد، والذي تعتمد بدايته على لياقة المريض، علما أنه قد تكون عوامل أخرى، غير اللياقة، هامة كالارتفاع وفقر الدم.

3

أمراض القلب والأوعية
Cardiovascular Disease

يجب أخذ القصة السريرية وإجراء الفحص الفيزيائي لكل المرضى الذين يُتوقع إصابتهم بمرض قلبي، وهذ غالبا ما يؤدي لتأكيد التشخيص. أكثر الاستقصاءات طلبا هي:

صورة الصدر البسيطة: والتي يمكن من خلالها تحديد الضخامة القلبية، كما يمكن أحيانا تحديد الجوف القلبي التي حصلت على حسابه هذه الضخامة، كما يمكن رؤية الاحتقان الرئوي أو وذمة الرئة المرافقة.

مخطط كهربائية القلب ECG: والذي باستطاعته إثبات وجود داء قلبي إقفاري حيث يمكن أن يُظهر الإقفارَ الحادث أثناء الراحة، كما يظهر وجود احتشاء عضل القلب، وفي جميع الأحوال فإن وجود المخطط السوي لا ينفي وجود داء قلبي إقفاري، وعندها فإن إجراء اختبار الجهد تحت المراقبة الطبية مفيد في تقييم المريض الذي يتوقع إصابته بالذبحة. يلعب مخطط كهربائية القلب دورا أساسيا في تشخيص اللانظميات القلبية وفي تشخيص الشذوذات التوصيلية. تمكن رؤية شذوذات مميزة على مخطط كهربائية القلب في ضخامة البطين الأيسر وفي تضيق التاجي وفي الصمّة الرئوية وفي التهاب التامور وفي أم الدم البطينية وفي انخفاض درجة الحرارة.

اختبار الجهد: يجرى هذا الاختبار تحت مراقبة طبية شديدة، وهو مفيد في تقييم المرضى الذين يُشك بأنهم مصابون بذبحة أو احتشاء عضلة قلبية تالي.

النقال ومرقاب ضغط الدم ECG: يفيد في تقييم اللانظيمات القلبية المشكوك بها، وحالات ارتفاع التوتر الشرياني المتعاقبة المشكوك بها.

تخطيط صدى القلب: لقد حلّت التفاريس الثنائية البعد، وبشكل كبير، مكان الصدى ذي النمط M مما سمح، وعند وجود الأيدي الخبيرة، برؤية أجواف القلب الأربعة بالإضافة لثخانة جدران هذه الأجواف، كما سمح برؤية الصمامات القلبية كما أمكن، وبمساعدة الدراسات بالدوبلر، تحديد جريان الدم عبر الصمامات أو عبر العيوب الحاجزية.

تصوير الأوعية (التصوير الوعائي): يمكن استخدام تصوير الأوعية في ترسيم الدوران الإكليلي، كما إنّه استقصاء أساسي في تقييم الداء التصلبي العصيدي الإكليلي عند المرضى الذين سوف يخضعون لعمليات جراحية على الأوعية الإكليلية أو لرأب الأوعية (تصنيع الأوعية).

تسمح القثطرة القلبية مع الدراسات التباينية، بالإضافة للضغوط المقاسة والإشباع الأكسجيني، بوضع تقييم دقيق لقد (حجم Size) البطين ووظيفته وللداء القلبي الصمامي أو التحويلة داخل القلب.

التفاريس بالنظائر المشعة : والتي يمكن استخدامها في تقييم الوظيفة البطينية وتقييم إقفار عضل القلب أو احتشائه. تستخدم تفاريس التروية الرئوية بشكل شائع في تشخيص الصمة الرئوية.

تمثل الذبحة الصدرية العرض الأكثر أهمية والأشيع في داء القلب الإقفاري، وتنجم عن خلل التوازن ما بين حاجة العضلة القلبية من الأكسجين، وبين مقدار ما يصل إليها من هذا الأكسجين. هناك حالات أخرى، غير داء القلب الإقفاري، يُمكن أن تؤدي للذبحة وتشمل: اعتلال عضل القلب، تشنج الشريان الإكليلي، تضيق الأبهر. تشمل عوامل الخطر في داء القلب الإقفاري ما يلي: التدخين، فرط الضغط، الذكور، العمر، القصة العائلية، الداء السكري، فرط الكولسترولمية.

اللامح السريرية

الأعراض: ألم صدري شديد، يفسر بشكل مختلف على أنه إما قابض أو ضاغط أو عاصر، كثيرا ما ينتشر الألم إلى الأسفل نحو الذراع الأيسر أو إلى العنق أو الفك. يتحرض الألم، بشكل نموذجي، بالجهد والشدة وينفرج (يزول) خلال 1 - 2 دقيقة بالنتروغليسرين.

العلامات: غالبا لا توجد علامات، لكن يجب تحديد عوامل الخطر كارتفاع الضغط، أو العوامل المفاقمة كفقر الدم.

الاستقصاءات • تخطيط كهربائية القلب: قد يكون مخطط كهربائية القلب سويا بشكل كامل ما بين الهجمات وخاصة عند أولئك الذين ليست لديهم قصة احتشاء، ولكن يكون شاذا عادة أثناء الهجمة. تتضمن الشذوذات التقليدية ما يلي: انخفاض قطعة ST وانقلاب الموجة T. يحدث ارتفاع قطعة ST إما في تشنج الشريان الإكليلي (ذبحة برنزمتال)، أوفي احتشاء عضل القلب. يجب إجراء اختبار الجهد عند المرضى الذين لديهم قصة موجهة للذبحة مترافقة مع مخطط سوي لكهربائية القلب، وذلك باستخدام الدراجة أو البساط، وذلك بعد نفي وجود تضيق الأبهر أو وجود ذبحة غير مستقرة. يستمر اختبار الجهد إلى أن نصل لمعدل ضربات القلب المطلوبة، أوعندما تظهر الأعراض لدى المريض، أو لدى ظهور لانظميات، أوحدوث نقص ضغط الدم الشرياني. يجب أن يترافق اختبار الجهد مع المناطرة لكل من الضغط الشرياني ومعدل ضربات القلب وفترة الجهد ومقدار ومدة أي شذوذ على مخطط الكهربائية. • التفرس بالنظير المشع التاليوم: ربما أعطى معلومات إضافية. • تصوير الشرايين الإكليلية: وهو المعيار الذهبي في تشخيص داء الشريان الإكليلي، ويجب إجراؤه عند المرضى الذين سوف تجرى لهم عمليات جراحية على الشرايين الإكليلية، أو يجرى لهم رأب للأوعية، أو بمعنى آخر، أولئك المرضى المصابون بذبحة عَصِيّة (معندة)، أو الذين يظنون أن لديهم نقص في الضغط الشرياني، أو انخفاض أكثر من 2 ملم في قطعة ST خلال الجهد الخفيف، هذا الانخفاض الذي يشير

لوجود خطورة عالية للإصابة بداء إكليلي تكون فيه ثلاثة أوعية مصابة، أويكون فيه الجذع الرئيسي الأيسر هو المصاب (في هذه الحالة فإن التداخل الجراحي يطيل الحياة).

التدبير في البدية. ميز وعدل عوامل الخطر كفرط الضغط والتدخين والسمنة وفرط الكولسترولية. ثم قدم النصائح فيما يتعلق بالجهد والمهنة، وقم بإجراء المزيد من الاستقصاءات لتحديد أولئك المرضى الذين يُحتمل استفادتهم من العمل الجراحي.

المعالجة الدوائية : النترات : تعطى تحت اللسان لتفريج الأعراض. بينما تعطى فمويا بشكل وقائي، حيث نعطي الدواء بفواصل 8 - 10 ساعات لمنع حدوث التحمل (مثلا إيزوسوربيد احادي النترات يعطى 20 مغ مرتين يوميا).

محصرات البيتا: تقلل ضواد المستقبلات β1 الانتقائية من حدوث التفاعلات غير المرغوبة (مثلا اتينولول Atenolol يعطى 50 مغ/اليوم). قم بمعايرة الجرعة للوصول لمعدل ضربات القلب اثناء الراحة مساو تقريبا لـ 60 ضربة/دقيقة. تستطب محصرات البيتا بشكل خاص بعد احتشاء عضل القلب.

ضواد الكلسيوم Ca antagonists، يستطب إعطاء النيفيديبين 10 مغ ثلاث مرات يوميا والدلتيازيم 60 مغ. (ودلتيازيم مديد 120 مغ و 180 مغ ايضا ثلاث مرات يوميا في علاج الذبحة المستقرة والذبحة غير المستقرة، خصوصا عند وجود تشنج في الشريان الإكليلي. علما ان الحالة الأخيرة يتم تشخيصها عند وجود الم عند الراحة مترافق بارتفاع عابر لقطعة ST. والذي يُحدد فقط عند إجراء مناظرة على مخطط كهربائية القلب تستمر 24 ساعة.

راب الوعاء الإكليلي، يُعتبر هذا الإجراء مفيدا وناجحا في علاج التضيقات الشريانية الدانية. خصوصا عند إصابة وعاء وحيد، بينما يبقى إجراء عملية الراب بعد الاحتشاء الحاد لعضل القلب بفترة قصيرة موضوعا مثار نقاش.

إجراء مجازة للشريان الإكليلي، وهذه تستطب عند اولئك المرضى الذين لديهم داء شرياني إكليلي شديد، بمعنى وجود داء فيه ثلاثة أوعية مصابة، او يكون التضيق في الجذع الرئيسي الأيسر. حيث يطيل العمل الجراحي البقيا في هذه الحالات، ويبقى الاستطباب الرئيسي للمجازة هو تفريج الأعراض عند المرضى المعندين على المعالجة الطبية، وبحيث يمكن إجراء المجازة من الناحية التشريحية.

الذبحة غير المستقرة

انظر ص 362

احتشاء عضلة القلب MYCOCARDIAL INFARCTION

انظر ص 362

اللانظميات ARRHYTHMIAS

انظر ص 366

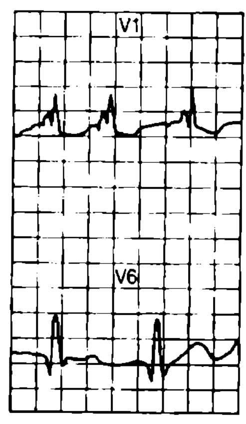
محور القلب وإحصار الحزيمات
CARDIAC AXIS AND BUNDLE BRANCH BLOCK

يُحدد محور القلب باستخدام الاتجاهات الطرفية المعيارية، يتراوح المحور السوي بين الدرجة - 30 والدرجة +110. يجب النظر إلى الاتجاه، والذي فيه مركبات QRS متساوية الأطوار؛ حيث يشكل المحور زوايا يُمنى مع الاتجاه. إن النظر لمركبات QRS في الاتجاهات الأخرى يُوضح فيما إذا كانت الزاوية اليمنى تقع في اتجاه عقارب الساعة بالنسبة للاتجاه المتساوي الأطوار أم عكس عقارب الساعة، أيّ أنّ وجود موجة R طويلة في الاتجاه I يشير لدوران عكس عقارب الساعة (انحراف المحور نحو الأيسر)، بينما وجود موجة R طويلة في الاتجاه II يشير لدوران مع عقارب الساعة (انحراف المحور نحو الأيمن). يُفيد محور القلب في تحديد وجود ضخامة بطينية يُمنى أو يسرى أو وجود إحصار الحزيمتين (انظر لاحقا).

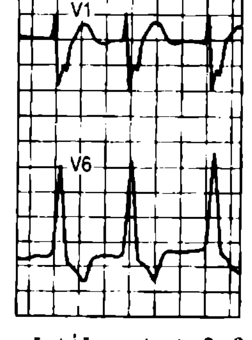
يصف إحصار الحزيمة نموذجا على مخطط كهربائية القلب، يحدث فيه اعتراض متكرر للتوصيل الكهربائي السوي عبر جملة بركنجي. يكون مركب QRS دوما أكثر من 0.12 ثانية. نشاهد في إحصار الحزيمة اليمنى RBBB (الشكل 1 - 3) مركب QRS يأخذ الشكل M وذلك في الاتجاه V1، بينما يأخذ هذا المركب شكل W في الاتجاه V6. قد يكون إحصار الحزيمة اليمنى ولاديا، لكنه قد يتطور في داء القلب الإقفاري. في إحصار الحزيمة اليسرى LBBB (الشكل 2 - 3) يأخذ المركب QRS الشكل W في الاتجاه V1 والشكل M في V6. يكون إحصار الحزيمة اليسرى LBBB مكتسبا عادة ويترافق مع داء القلب الإقفاري. قد يوجد إحصار الحزيمة، وبشكل أقل شيوعا، مترافقا مع العيوب في الوسادة الأذينية – البطينية وفي اعتلال عضل القلب.

قد يوجد إحصار الحزيمات بشكل متقطع في بعض الاضطرابات، مثل تسرع القلب الأذيني الانتيابي، حيث يحدث شفاء حزيمة بشكل غير تام نتيجة السرعة الناجمة عن التوصيل الزائغ.

إحصار الحزيمتين (الإحصار الثنائي الحزيمة) Bifasicular block: إن ترافق وجود انحراف محور واضح مع إحصار الحزيمة اليمنى RBBB يشير لإحصار في الحزيمتين. يشير وجود إحصار الحزيمة اليمنى RBBB مع انحراف المحور نحو الأيسر لوجود إحصار في الحزيمة الأمامية اليسرى واليمنى، بينما يشير وجود إحصار الحزيمة اليسرى LBBB لوجود إحصار في كلا الحزيمتين اليسراويتين.



الشكل 1 - 3 : إحصار حزيمة أمامية يمنى



الشكل 2 - 3 : إحصار حزيمة أمامية يسرى

إحصار الحزيمات الثلاث (الإحصار الثلاثي الحزيمة) Trifasicular B.: يقال بوجود هذا الإحصار عند تشارك إحصار الدرجة الأولى مع إحصار الحزيمة اليمنى مع إحصار الحزيمة اليسرى الأمامية أو تشارك إحصار الدرجة الأولى مع إحصار الحزيمة اليسرى. ربما وُجدت الإحصارات الثنائية والثلاثية للحزيمات كمضاعفة لداء القلب الإقفاري، لكنها أيضا تُميز العيوب الحاجزية الأذينية ذات الفُوهات الأولية.

قصور القلب HEART FAILURE

نقول بوجود قصور في القلب عند فشل المضخة القلبية في ضخ كمية كافية من الدم تلبي الحاجات الاستقلابية للجسم، مع كون ضغوط الملء (الحمل القبلي) سوية. ورغم تقسيم القصور سريريا، وبشكلٍ شائع، إلى قصور الجانب الأيسر أو الأيمن، فإنّه من النادر وجود هذا التقسيم بشكل معزول.

السببيات إنّ السبب الأشيع لقصور القلب هو داء القلب الإقفاري، ولكن من الأهمية بمكان تحديد السبب الكامن عند كل مريض بمفرده، حتى نتجنب الوقوع في خطأ عدم تشخيص الاضطرابات القابلة للتصحيح. تتضمن الأسباب الأخرى لقصور القلب: أمراض القلب الصمامية، فرط ضغط الدم، اللانظميات، الصمة الرئوية، فقر الدم، الانسمام

الدرقي، التهاب عضل القلب، التهاب الشغاف الخمجي، اعتلال عضل القلب، عوز التيامين (البري بري الرطب).

اللامح السريرية

الأعراض: يشيع في قصور البطين الأيسر كلٌ من ضيق النفس الجهدي، ضيق النفس الاضطجاعي، ضيق النفس الليلي الانتيابي، بينما قد يحدث تورم الكاحل مع حس انزعاج في المراق الأيمن في قصور البطين الأيمن، ومن المعتاد وجود التعب والوسن في كلا النوعين من القصور.

العلامات: تشاهد وذمة عجزية وكاحلية، ارتفاع الضغط الوريدي الوداجي، قرقعات قاعدية: ضخامة كبدية، سماع الصوت الثالث و/أو الصوت الرابع. يظهر الجدول 1 - 3 تصنيف قصور القلب.

الجدول 1 - 3 : الجمعية القلبية في نيويورك، التصنيف الوظيفي لقصور القلب	
الدرجة I	لا يوجد تحديد في الفعالية
الدرجة II	تحديد طفيف للفعالية الفيزيائية
الدرجة III	تحديد ملحوظ للفعالية الفيزيائية. ولكن المريض مرتاح أثناء الراحة
الدرجة IV	الأعراض موجودة عند الراحة مع عدم القدرة على القيام بأي فعالية فيزيائية دون أن يشعر بالتعب

الاستقصاءات ربما أظهرت صورة الصدر البسيطة وجود ضخامة قلبية، احتقانا وريديا رئويا، خطوط كيرلي البائية، وذمة سنخية (غالبا بشكل جناحي الخفاش)، انصبابات جنبوية. ربما ساعدت الصورة في التوجه نحو سبب من الأسباب المحتملة، مثلا يوجه وجود ضخامة أذينية نحو تضيق التاجي • ربما أظهر مخطط كهربائية القلب ECG ضخامة البطين الأيسر، غالبا بسبب فرط ضغط الدم المزمن أو تضيق الأبهر، أو ربما أظهر موجة P التاجية الدالة على تضيق التاجي أو ربما أظهر دلائل تدل على داء القلب الإقفاري • يمكن بواسطة مخطط صدى القلب تقييم مدى وجود تقلص البطين الأيسر وقدّ الحجيرات القلبية وحالة الصمامات. في حال عدم توفر الدليل الواضح على وجود اضطراب قلبي يجب نفي وجود حالات النتاج القلبي العالي كالانسمام الدرقي وعوز التيامين • يجب نفي الأسباب الأخرى للوذمة المحيطية أو وذمة الرئة، كالمتلازمة الكلائية وقصور الكلية الحاد وأمراض الكبد.

التدبير يجب التوجه في البداية نحو الاضطرابات القابلة للتصحيح مثل داء القلب الصمامي والانسمام الدرقي. وفي معظم الحالات، وعادة بسبب داء القلب الإقفاري، فإنّ التدبير يكون أعرضيا صرفا ويتضمن:

- تقليل الملح في القوت (الحمية الخالية من الملح).
- المُبيلات، وعادة تستعمل التيازيدات في قصور القلب الاحتقاني الخفيف، ومبيلات العروة في الحالات الأكثر شدة.
- الديجوكسين، عند ترافق القصور مع الرجفان الأذيني.
- يمكن استخدام الموسعات الوعائية لإنقاص الحمل القبلي، مثل النترات الطويلة التأثير (يمكن تجنب حدوث التحمل عن طريق الامتناع عن اخذ الدواء لمدة 8 - 10 ساعات يوميا) أو إنقاص الحمل البعدي مثل مثبطات الإنظيم المحول للأنجيوتنسين (الكبتوبريل أو الإينالابريل، والتي اظهرت فعالية في إطالة الحياة في قصور القلب الشديد). تستخدم مخفضات الحمل البعدي الأخرى مثل الهيدرالازين أو البرازوسين على نطاق اقل في الوقت الحالي.

ربما دعت الحاجة لإدخال المرضى المصابين بقصور القلب الاحتقاني المعند الى المستشفى، وتدبيرهم بإعطاء مبيلات العروة وريديا، وزرق الموسعات الوعائية كالإيزوسوربيد الثنائي النترات، وإعطاء مقويات القلوصية (الدوبامين والدوبيوتامين).

اصبح اغتراس القلب من الخيارات العلاجية المتيسّرة حاليا، والتي تستخدم لعلاج المرضى الشباب المصابين بقصور القلب الشديد العصي.

القصور البطيني الأيسر LEFT VENTRICULAR FAILURE

انظر ص 370

فرط ضغط الدم HYPERTENSION

كان من الواضح لعدة سنوات خَلت أن فرط الدم يترافق مع زيادة خطر الإصابة باحتشاء عضل القلب والسكتات. ويبقى الحد الفاصل بين الحدود السوية للضغط والحدود المرضية مثار جدل حتى الآن، ولكن من المتفق عليه بشكل عام أن الأشخاص دون سن الستين والذين يزيد ضغطهم الشرياني عن 90/140 ملم زئبقي يحتاجون للعلاج، مثلهم مثل الأشخاص الأكبر سنا من ذلك والذين يزيد ضغطهم على 100/160 ملم زئبقي، ولقد أظهرت التجارب السريرية التي أجريت على علاج مثل هؤلاء المرضى حدوث انخفاض في نسبة الوفيات الناجمة عن داء القلب الإقفاري والسكتات، رغم اختلاف الفائدة المجنية من دراسات عديدة فيما يتعلق بعوامل أخرى كالجنس والتدخين.

التقصّي (النخل) معظم الأشخاص المصابين بفرط ضغط الدم هم أشخاص لاأعراضيين، ولهذا فإن كشف هؤلاء الأشخاص يعتمد بدرجة كبيرة على التقصّي. ومن الأهمية بمكان أن نذكر أن قياس ضغط الدم يجب أن يتم في أكثر من مناسبة، بفواصل عدة أسابيع بينها، قبل وضع تشخيص فرط ضغط الدم.

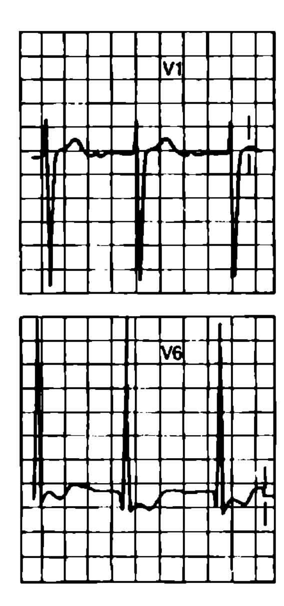
السببيات لا يمكن إيجاد سبب واضح لفرط ضغط الدم في 90% من الحالات، فيسمى فرط ضغط الدم الأساسي. أما أسباب البقية الباقية من الحالات فهي الآفات الكلوية، مثل تضيق الشريان الكلوي بسبب خلل التنسج الليفي العضلي، أو العصيدة، والتهاب كبيبات الكلى المزمن، أو التهاب الكلية والحويضة، الكلية المتعددة الكيسات، أو التهاب الأوعية الكلوية. أما المجموعة الثانية من الأسباب فهي الأسباب الغدية الصماوية: مثل متلازمة كون، متلازمة كوشنغ، ضخامة النهايات، الداء السكري، ورم القواتم. أما الأسباب الأخرى فهي: تضيق برزخ الأبهر، كثرة الحمر الحقيقية، السمدمية الحملية (الانسمام الحملي)، بعض الأدوية مثل البريدنيزولون.

اللامح السريرية

الأعراض: لا توجد أعراض عادة، أو قد يحدث صُداع، قصور القلب، احتشاء عضل القلب، قصور الكلية.

العلامات: نُميز، بالإضافة لفرط ضغط الدم، اعتلال الشبكية، قصور البطين الأيسر، ضخامة البطين الأيمن. يمكن سماع اللغط في تضيق برزخ الأبهر وفي تضيق الشريان الكلوي. تصنيف الشدة: توجد 4 مراحل تبعا للموجودات الشبكوية: • المرحلة I: تضيق شرياني. • المرحلة II: عدم انتظام شرياني. • المرحلة III: النزوف بشكل "اللهب" و"اللطاخات" وبضحات القطن المنتوف. • المرحلة IV: وذمة الحليمة البصرية المتشاركة مع فرط ضغط الدم الخبيث.

الاستقصاءات يجب إجراء صورة بسيطة للصدر ومخطط كهربائية القلب (الشكل 3 - 3)، تحليل البول، ومعايرة اليوريا والكهارل والكرياتينين عند كل المرضى. هناك إجراءات تُجرى عند بعض المرضى خاصة إذا كانوا في مقتبل العمر، أو إذا أشارت النتائج السريرية أو الكيميائية الحيوية لذلك. وتتضمن هذه الإجراءات: تصوير الجهاز البولي عبر الوريد، معايرة الميتادرينالين في البول، معايرة الكورتيزول الحر في البول، معايرة الألدوسترون في المصل، وذلك لنفي تضيق الشريان الكلوي، ورم القواتم، متلازمة كوشينغ، متلازمة كون على الترتيب.



الشكل 3 - 3 ضخامة بطينية يسرى

التدبير يعتمد على السبب، فيجب تقديم العلاج في حال كان السبب قابلا للتصحيح، مثل تضيق الشريان الكلوي او متلازمة كون، بينما يتضمن التدبير في حال عدم إمكانية تحديد السبب ما يلي:

- تقليل للدخول الزائد من الملح في القوت.
- تخفيف الشدة قدر الإمكان.
- تخفيف الوزن إن امكن.
- التيازيدات (مثل بندروفلوزيد Bendrofluozide 50 مغ) اومحصرات البيتا (مثل اتينولول 50 مغ) وللدواءين تاثيرات غير مرغوبة، لذلك يجب ان يحتمل المريض العلاج.
- في حال استمرار فرط ضغط الدم:
- إضافة للوسعات الوعائية مثل ضواد الكلسيوم (مثل نيفيديبين 10 - 20 مغ ثلاث مرات يوميا). (دلتيازيم 60 مغ، دلتيازيم مديد 120 مغ، 180مغ). مثبطات الإنظيم المحول للأنجيوتنسين (مثل كبتوبريل 25 مغ ثلاث مرات يوميا) مع مبيلات العروة أو الهيدرالازين 25 - 50 مغ مرتين يوميا. مرة ثانية يجب ان تكون للعالجة، والتي غالباً ما تتضمن ثلاثة ادوية او اكثر، يجب ان تكون محتملة من قبل المريض. لأنه ربما كان يتوجب عليه الاستمرار بها لسنوات عديدة. يجب إجراء معايرة مستمرة للبوريا والكهارل والكرياتينين للتاكد من سلامة الوظيفة الكلوية.

ارتفاع ضغط الدم الخبيث MALIGNANT HYPERTENSION

انظر ص 370

أمراض الصمام التاجي MITRAL VALVE DISEASE

تضيق الصمام التاجي (تضيق التاجي) MITRAL STENOSIS

المسببات كان تضيق الصمام التاجي شائعا في وقت من الأوقات، لكن حاليا، وبسبب انخفاض نسبة حدوث الحمى الرثوية، أصبحت الإصابة نادرة نسبيا. ونظرا لأنّ العملية المرضية على الصمامات ربما استغرقت عدة سنوات حتى تحدث فإنّه، يتم اكتشاف حالات جديدة من تضيق الصمام التاجي عند الكبار، حيث يمكن إيجاد قصة إصابة سابقة بالحمى الرثوية.

الملامح السريرية

الأعراض: انقطاع النفس، وخصوصا أثناء الحمل، السعال، نفث الدم وخفقان.

العلامات: تَبَيُّغ وجني، صمة محيطية، رجفان أذيني، الإحساس بنقر ضربات القمة، ارتفاع الصوت القلبي الأول، صكة الانفتاح، وجود نفخة لدحرجة انبساطية منخفضة اللحن، مع اشتداد قبل الانقباض عند المرضى ذوي النظم الجيبي. ليس التهاب الشغاف بشائع عند مرضى تضيق التاجي الصِرْف.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة CXR: ربما أظهرت ضخامة في الأذين الأيسر مع احتقان رئوي. • تخطيط كهربائية القلب ECG: موجة P التاجية أو رجفان أذيني. • تخطيط صدى القلب: هام في تشخيص وتقييم شدة التضيق اعتمادا على ضخامة الحجرة وحركة الصمام ودراسات الدوبلر. • القثطرة القلبية: ربما استخدمت في حساب المدروج عبر الصمام وفي حساب النتاج القلبي وضغوط أيمن القلب.

> **التدبير** يعالج العديد من المرضى، بسبب السن والاضطرابات الطبية المرافقة، بالمبيلات، كما يستخدم الديجوكسين لعلاج الرجفان الأذيني والوارفرين بسبب خطر الإصابة بالصمة المحيطية. العلاج النهائي علاج جراحي اما عن طريق بُضع الصمام في حال عدم ترافق التضيق مع القصور، او عن طريق استبدال الصمام في حال وجود قصور او تكلسات شديدة.

قلس الصمام التاجي (قلس التاجي) MITRAL REGURGITATION

المسببات وتتضمن التنكس الوُرامي المخاطي، خلل وظيفية العضلة الحليمية، الداء القلبي الرثوي، تدلي الصمام التاجي، بشكل ثانوي بعد توسع البطين الأيسر نتيجة اعتلال عضلة القلب، أو بشكل تالٍ لاحتشاء عضل القلب.

اللامح السريرية

الأعراض : تعب، خفقان، ضيق نفس.

العلامات: ضغط نبض عال، بطين أيسر مرتفع، صوت القلب الأول ناعم، زحول واسع لـ S2، S3، نغمة انقباضية شاملة قيمة تنتشر باتجاه الابط.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة CXR: ربما أظهرت وجود ضخامة قلبية. • تخطيط كهربائية القلب ECG: ضخامة البطين الأيسر ورجفان أذيني. • تخطيط صدى القلب: ربما أظهر أذينا أيسر وبطينا أيسر متضخمين أو صماما تاجيا شاذا. • دراسات الدوبلر: ربما كانت مفيدة في تقييم شدة القلس. • القثطرة القلبية: ربما استخدمت في حساب شدة القلَس.

التدبير يهدف التدبير عند العديد من المرضى لعلاج قصور القلب المرافق ولضبط اللانظميات. مع اخذ استبدال الصمام بعين الاعتبار عند مرضى قلس التاجي الشديد.

تدلي الصمام التاجي: منشأ معظم حالات تدلي الصمام التاجي غامض، يشاهد عند نساء شابات موفورات الصحة بشكل كامل. يشكو بعض المرضى من ألم صدري لا نموذجي أو من لانظميات قلبية. يُبدي الفحص السريري وجود قلقلة منتصف الانقباض ونفخة انقباضية متأخرة. يتأكد التشخيص بتخطيط صدى القلب، ولا حاجة للعلاج باستثناء العلاج الوقائي ضد التهاب الشغاف. يتطور قلس تاجي مترق عند عدد ضئيل من المرضى.

أمراض الصمام الأبهري AORTIC VALVE DISEASE

تضيق الأبهر AORTIC STENOSIS

السببيات الأسباب ولادية ورثوية في الأعمار المبكرة، وتنجم عن تكلسات الصمام ذي الشرفتين الولادي، وأسباب تنكسية في الأعمار المتقدمة. ربما حدث تضيق تحت الأبهر كمضاعفة لاعتلال عضل القلب الضخامي، وربما رافق التضيق فوق الصمام فرط الكلسمية الطفلي (مع وجود تشوه وجهي غالبا).

اللامح السريرية

الأعراض: ضيق النفس، ذبحة صدرية، غشي، موت مفاجيء (رغم كونه لاأعراضيا غالبا).

العلامات: نبض هَضَبيّ Plateau، ضغط تفاضلي صغير، ضربة قمة شديدة، هرير قاعدي، سماع نفخة انقباضية قذفية، أوضح ما تكون في الحيز الوربي الثاني الأيمن، وتنتشر للعنق،

مع كون الصوت الثاني خافتا، مع وجود صوت رابع غالبا. (الجدول 2 - 3) ربما كانت هناك قلقلة قذفية، ووجودها ينفي وجود التضيق تحت الأبهر والتضيق فوق الأبهر.

الاستقصاءات • مخطط كهربائية القلب ECG: ضخامة البطين الأيسر (+ ضخامة الأذين الأيسر). • صورة الصدر البسيطة CXR: ضخامة قلبية مع توسع في المنطقة التالية للتضيق في الأبهر الداني. • تخطيط صدى القلب: يظهر ضخامة البطين الأيسر، وقد Size الفوهة الصمامية، ومظهر مصراع (شرفة) الصمام وشذوذ الفتحة. • مخطط الصدى الدوبلري: يفيد في التنبؤ بالمدروج عبر الصمام. • المضاعفات ضخامة البطين الأيسر، اللانظميات (بما فيها الموت المفاجيء)، التهاب الشغاف الخمجي.

> **التدبير** معالجة قصور القلب والذبحة الصدرية مع تجنب تخفيض الحمل البعدي، تجنب التمارين المجهدة. استبدال الصمام في المرضى الأعراضيين مع مدروج < من 50 ملم زئبقي. ويبقى رأب الصمام بالبالون مثار جدل. تعطى الصادات وقائيا عند القيام بإجراءات باضعة.

قلس الأبهر AORTIC REGURGIRATION

السببيات الصمام ذو الشرفتين الولادي، التهاب الشغاف، أسباب رثوية.

أسباب غير شائعة : الإفرنجي، أمراض النسج الضامة (الذأب الحمامي، التهاب الفقار الرثياني، متلازمة رايتر، متلازمة بهجت)، متلازمة مرفان، تضيق برزخ الأبهر، انسلاخ الأبهر، التمزق الرضحي للأبهر.

اللامح السريرية

الأعراض: غالبا لا توجد أعراض، ضيق النفس والخفقان والذبحة الصدرية ليست شائعة.

العلامات: النبض الوهطي، ضغط تفاضلي واسع، انزياح ضربة القمة، سماع نفخة انبساطية صفيرية أوضح ما تكون عند الحافة اليسرى للقص، عندما يتخذ المريض وضعية الجلوس مع الانحناء للأمام وبحالة الزفير الكامل. يشيع سماع نفخة جريانية انقباضية، سماع نفخة انبساطية في القمة تشبه نفخة تضيق التاجي (نفخة أوستن فلنت)، يكون الصوت الثاني ضعيفا، ويكثر سماع الصوت الثالث.

الاستقصاءات • مخطط كهربائية القلب ECG: ضخامة البطين الأيسر. • صورة الصدر البسيطة C X R: ضخامة القلب. • تخطيط صدى القلب: توسع جذر الأبهر أو شذوذ في مصراع الصمام ورفرفة الصمام التاجي. • الدراسات الدوبلرية: تساعد في حساب القلس.

المضاعفات قصور القلب، التهاب الشغاف.

التدبير معالجة قصور القلب والسبب المستبطن إن امكن. استبدال الصمام في حالات القلس الشديد عند المرضى الأعراضيين او للمرضى اللاأعراضيين مع وجود خلل في وظيفة البطين الأيسر، او عندما يزيد القطر الداخلي للبطين الأيسر في نهاية الانقباض عن 5.5 سم. إعطاء الصادات وقائيا عند القيام بإجراءات باضعة.

الجدول 2 - 3 : مميزات النفخات القلبية

الآفة	النفخة	أصوات القلب	الانتشار
تضيق التاجي	منتصف الانبساط (للمريض على الجهة اليسرى)	الصوت الأول عال، صكة الانفتاح	لا يوجد انتشار
قلس التاجي	انقباضية شاملة	الصوت الأول خافت. انشطار الصوت الثاني. يشيع سماع الصوت الثالث	الإبط
تضيق الأبهر	انقباضية مزمنة	خفوت وتاخر للمركب الأبهري للصوت الثاني، الصوت الرابع شائع	العنق
قلس الأبهر	انبساطية باكرة (للمريض في وضعية الجلوس والانحناء للأمام)	خفوت المركب الأبهري للصوت الثاني، الصوت الثالث شائع	الحافة اليسرى للقص

التهاب الشغاف الخمجي INFECTIVE ENDOCARDITIS

التهاب الشغاف الخمجي هو خمج الصمامات القلبية، والذي يكون عادة بالجراثيم، وهو مرض خطير، لكن يمكن الوقاية من الإصابة به. تكون الصمامات المصابة عادة شاذة قبل الإصابة بالخمج، لكن هناك استثناءات، سريريا يمكن تمييز ثلاثة أنماط من التهاب الشغاف.

التهاب الشغاف الخمجي تحت الحاد: والذي يمتاز ببداية مخاتلة، وحمى، وتعرقات ليلية، وتعب. *الملامح السريرية* وتتضمن بيلة دموية، احتشاءات شبكوية، عقيدات أوسلر، احتشاءات محيطية، تغير طبيعة النفخة، آلاما مفصلية، ضخامة الطحال. تتضمن الشذوذات الصمامية الأكثر تأهيبا للإصابة بالتهاب الشغاف ما يلي: الصمام الأبهري ذا الشرفتين، الصمامات الصنعية والرثوية، خاصة إذا كان فيها قلس. بينما تتضمن مواقع الخمج الأخرى: العيب الحاجزي البطيني VSD والقناة الشريانية السالكة PDA. الكائن

الحي، والذي غالبا ما يكون مسوولا عن الخمج، هو: العقدية المُخضِّرة أما الكائنات الأخرى فتتضمن: العنقوديات، العقدية البرازية، القولونيات. يتشارك الخمج بالعقدية البقرية S.Bovis مع سرطان القولون.

التهاب الشغاف الخاطف أو الحاد: أندر تصادفا، وقد يصيب صمامات سوية سابقا، ولهذا السبب ربما تأخر وضع التشخيص، مما يؤدي لحدوث عواقب مأساوية وحدوث وفاة سريعة. والعنقودية الذهبية هي المسبب عادة. *الملامح السريرية* حمى، نزوف شبكوية (بقع روث)، حَبَر Petechiae، صمة محيطية.

التهاب شغاف الجانب الأيمن من القلب : يشكو المريض من ألم صدري جَنَبوي، وحمى، وانقطاع النفس، وتعب. تتضمن *العوامل المؤهبة*: سرف الأدوية عن طريق الوريد وفتح الأوردة المركزية. غالبا يصاب الصمام الثلاثي الشرف مما يؤدي لحدوث احتشاءات رئوية عديدة، خراجات، قصور شديد في أيمن القلب.

الاستقصاءات • الاختبار الأكثر أهمية هو إجراء زرع متكرر للدم (4 مرات على الأقل) خلال مدة 24 - 36 ساعة. • يجب تجنب إعطاء الصادات قبل أخذ عينات الزرع. • تتضمن الاستقصاءات الإضافية: تخطيط صدى القلب للبحث عن التنبتات (تكون غير موجودة في 30 - 40% من الحالات). يظهر التعداد الدموي الكامل FBC وجود كثرة في الكريات البيض وفقر دم سوي الصباغ سوي الكريات مع ارتفاع في سرعة التثفل.

من الشائع حدوث بيلة دموية حاوية على الأسطوانات، ومن الشائع انخفاض مستوى المتممة C3 في المصل. تصادف سلبية زرع الدم في 20% من الحالات تقريبا، وذلك إما بسبب تناول الصادات قبل أخذ عينات الزرع، أو لأن الكائن الحي الخامج صعب الكشف مثل الفطور أو الكوكسيلة Coxiella.

التدبير يجب تقديم الصاد المناسب حسب نتيجة الزرع، كما يجب إعطاء الصادات زرقا لمدة اسبوعين على الأقل، او اكثر من ذلك في بعض الحالات. يعطى البنزيل بنسلين 10 - 20 مليون وحدة يوميا على عدة جرعات، بالمشاركة مع الجنتاميسين 1 مغ/كغ ثلاث مرات يوميا لمدة لاسبوعين. يلي ذلك إعطاء الأموكسيسيلين 500 مغ ثلاث مرات يوميا مدة اسبوعين اضافيين، وذلك عند الإصابة بالعقديات الحساسة للبنسلين.

الوقاية وهي أمر حيوي، لذا يجب الاتقاء عند كل المرضى الذين لديهم صمامات شاذة أو صنعية ومرضى العيب الحاجزي البطيني VSD ومرضى اعتلال عضل القلب الانسدادي الضخامي، وذلك قبل التعرض للإجراءات المؤهبة لحدوث تجرثم الدم.

الإجراءات جراحة الفم والجراحة السِّنّية وتنظير القصبات: 3 غ أموكسيسيلين فمويا قبل الإجراء بساعة (يستخدم الإريثروميسين فمويا عند المرضى الحساسين للبنسلين أو عند

الذين تناولوا البنسلين خلال الأربعة أسابيع الأخيرة، وذلك بجرعة 1.5 غ قبل الإجراء بساعة و0.5 غ بعد الإجراء بـ 6 ساعات).

جراحة السبيل الهضمي أوالسبيل البولي التناسلي أو التنظير الداخلي أو القثطرة البولية: أمبيسلين 1 غ بالإضافة للجنتاميسين بجرعة 1 مغ/كغ قبل الإجراء وأمبيسلين 500 مغ بعد الإجراء بست ساعات. يشجع إعطاء الصادات المديد أو المتكرر ظهور كائنات حية مقاومة للصادات.

أمراض القلب الولادية CONGENITAL HEART DISEASE

تقسم أمراض القلب الولادية اصطلاحيا إلى قسمين: أمراض زراقية (تحويلة من الأيمن للأيسر) وأمراض لازراقية (تحويلة من الأيسر للأيمن، أو دون تحويلة).

الزراقية CYANOTIC

نادرة، خاصة عند البالغين لأن معدل الوفيات دون جراحة مصححة مرتفع. أشهرها رباعية فالو التي تتكون من : تضيق رئوي، عيب حاجزي بطيني ينشأ فوقه الأبهر، ضخامة البطين الأيمن. يقال بوجود معقد إيزنمنجر عندما يحدث انعكاس التحويلة من الأيسر للأيمن إلى التحويلة من الأيمن للأيسر ، مع فرط ضغط الدم الرئوي. الشكل الآخر من أمراض القلب الولادية الزراقية هي تغير وضع الأوعية الكبيرة، وهو مميت بسرعة مالم يصحح بإجراء Rashkind.

اللازراقية ACYANOTIC

تتضمن: العيب الحاجزي الأذيني، العيب الحاجزي البطيني، القناة الشريانية السالكة، تضيق الأبهر، التضيق الرئوي. في هذه الأمراض، حيث التحويلة من الأيسر للأيمن، قد يؤدي تطور فرط ضغط الدم الرئوي إلى عكس التحويلة مع زراق.

يمنع إجراء الجراحة (مضاد استطباب) عند حدوث فرط واضح في ضغط الدم الرئوي، وتوجه المعالجة لمنع حدوث ذلك.

العيب الحاجزي الأذيني A.S.D

لايظهر غالباً إلا عند البالغ عندما يظهر ضيق النفس والخفقان.

العلامات: سيطرة موجة V في الضغط الوريدي الوداجي، دفع أيسر جنيب القص، انشطار ثابت في الصوت القلبي الثاني، نفخة انقباضية جنيب القص، ونفخة انبساطية في ثلاثي الشرف.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة: سيطرة التوعية الرئوية والبطين الأيمن.
• مخطط كهربائية القلب : إحصار الحزيمة اليمنى الجزئي، انحراف المحور للأيمن (انحراف المحور للأيسر في عيب الفوهة الأولية، والذي هو أقل شيوعاً من العيوب الثانوية).
• تخطيط صدى القلب: ضخامة الأذين الأيمن والبطين اليمنى. • يمكن أن نحدد الجريان عبر الأذين والجريان الرئوي المزداد بواسطة دراسات الدوبلر.

التدبير تستطب الجراحة عند المرضى الذين عندهم الجريان الرئوي اكثر بـ 1.5 من الجريان المجموعي إذا لم يوجد فرط الضغط الرئوي.

العيب الحاجزي البطيني

غالباً لاأعراضي وقد يغلق خلال الطفولة.

اللامح السريرية عند الكبار: تعب وضيق النفس.

العلامات: هرير إنقباضي، مركب رئوي P2 عال، صوت ثالث، نفخة إنقباضية عالية في الجانب القصي الأيسر السفلي، نفخة الجريان التاجي الانبساطية.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة: سيطرة التوعية الرئوية. • مخطط كهربائية القلب : قد يكون سوياً، او يظهر ضخامة البطين الأيسر. • تخطيط صدى القلب: إظهار العيب الحاجزي البطيني لدى البعض، إظهار الضخامات الأذينية اليسرى، والبطينية اليمنى واليسرى عند مرضى التحويلات الكبيرة. • الدوبلر: يظهر الجريان من الجانب الأيسر للأيمن.

التدبير كما هو في تدبير العيب الحاجزي الأذيني مع نفس المعايير التي تشكل استطبابا للجراحة. الاتقاء (الوقاية) من التهاب الشغاف.

القناة الشريانية السالكة PDA

ينجم عن فشل غلق القناة الشريانية الواصلة بين الأبهر وبين الشريان الرئوي، يشيع حدوثها في الحصبة الألمانية الوالدية وتبقى لاأعراضية لسنوات عديدة.

اللامح السريرية

الأعراض: يتظاهر الداء عادة بالتعب وانقطاع النفس عند الجهد.

العلامات: دَسْرَة Thrust ضربة القمة، نفخة آلية Machinary انبساطية - انقباضية عند الحافة العلوية اليسرى للقص.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة CXR: الجملة الوعائية الرئوية واضحة، ضخامة الأبهر الصاعد. • مخطط كهربائية القلب ECG: ضخامة البطين الأيسر. • تخطيط صدى القلب: على الجهاز ذي البعدين 2-D echo ربما تمكنا من رؤية القناة السالكة. • الدوبلر: ربما أظهر الجريان المضطرب في الشريان الرئوي.

التدبير الربط، شريطة عدم وجود ارتفاع في الضغط الرئوي. اتقاء (الوقاية من) التهاب الشغاف.

تضيق برزخ الأبهر

هذا الاضطراب عبارة عن تضيق الأبهر في المنطقة التالية لانبثاق الشريان تحت الترقوة الأيسر، ربما كان الداء لاأعراضيا، أو تظاهر بوجود فرط في ضغط الدم، أو قصور في القلب، أو تروية فقيرة للأطراف السفلية.

العلامات: وجود فرط ضغط الدم في الذراعين، تأخر النبض الكعبري الفخذي، رؤية دوران رادف في الأوراب، ورؤية الأوعية ما حول لوح الكتف، سماع نفخة انقباضية في الناحية الخلفية العلوية.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة CXR: تثلم الأضلاع. • مخطط كهربائية القلب ECG: ضخامة البطين الأيسر. • تصوير الأبهر.

التدبير جراحي. اتقاء (الوقاية من) التهاب الشغاف.

أمراض القلب الولادية الأخرى

وتتضمن: الصمامات الأبهرية ذات الشرفتين، والتي لا تتظاهر عادة بأية أعراض حتى مراحل متأخرة من الحياة، وذلك عند حدوث التضيق. تضيق الرئوي والذي يتظاهر أحيانا عند ظهور الزراق. القلب اليميني Dextrocardia والذي يسبب عادة مشاكل للطبيب أكثر من المريض !!

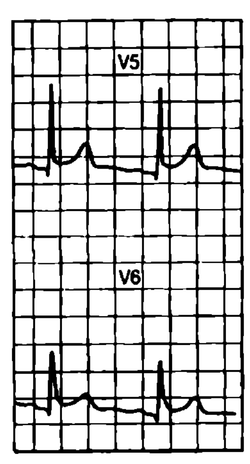
التهاب التامور PERICARDITIS

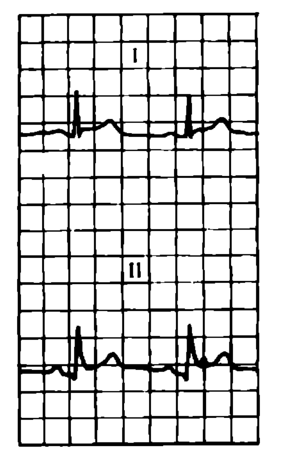
من الشائع مصادفة التهاب التامور، وتتضمن أسبابه ما يلي: احتشاء عضل القلب، الخمج بالحمات (خصوصا كوكساكي)، الخباثات، قصور الكلية، التدرن، متلازمة درسلر، اضطرابات النسج الضامة، الرضح.

اللامح السريرية

الأعراض: ألم صدري موضع حاد الطبيعة عادة، ينفرج بشكل مميز عند الانحناء أماما وربما احتوى أحيانا عنصرا جنبويا، التهاب الجَنَبة والتامور.

العلامات: احتكاك تاموري عند الحافة اليسرى للقص، يشيع تظاهره بشكل عابر فقط، دلائل قصور أيمن القلب، نبضٌ متناقض، وارتفاع الضغط الوريدي الوداجي أثناء الشهيق الذي ربما صاحبه حدوث انصباب التامور، والذي يسبب سطام القلب. (الشكل 4 - 3).





الشكل 4 - 3 التهاب التامور

الاستقصاءات • مخطط كهربائية القلب GEC: ارتفاع قطعة ST دون انخفاض معاكس لقطعة ST في الاتجاهات المناظرة. • صورة الصدر البسيطة CXR: ربما أبدت وجود ضخامة قلبية كروية والتي تقترح وجود انصباب يجب إثباته بتخطيط صدى القلب.

التدبير يجب ان يتجه نحو الاضطراب المستبطن، بالإضافة للتسكين بمضادات الالتهاب القشرية غير الستيرويدية. تحتاج الانصبابات التامورية الكبيرة المترافقة مع النبض المتناقض وقصور أيمن القلب بنقص الضغط للرشف تحت مراقبة مخطط كهربائية القلب ECG ومناظرة تخطيط صدى القلب وباستخدام ملقط جراحي قلبي. وهذا الإجراء ربما كان ضروريا لأهداف تشخيصية. يجب فحص الرشافة من الناحية الكيميائية الحيوية والجرثومية والخلوية.

CONSTRICTIVE PERICARDITIS التهاب التامور المضيّق

عبارة عن كيس تاموري جاسىء (صلب، قاسي) يحدد الملء البطيني، يحدث نتيجة التدرن، الخباثة، قصور الكلية، الخمج الحموي، أو تالٍ للجراحة القلبية.

الملامح السريرية

الأعراض: وتتضمن التعب، تورم البطن والكاحلين، انقطاع النفس.

العلامات: ارتفاع الضغط الوريدي الوداجي والذي يزداد أثناء الشهيق (علامة كسمول)، تسرع القلب مع انخفاض حجم النبض، حبن، وذمة كاحلية، وأحياناً يمكن سماع ضربة تامورية بعد الصوت الثاني.

الاستقصاءات • مخطط كهربائية القلب ECG: قد يبدي انخفاضاً في الفولتاج. • صورة الصدر البسيطة CXR: تبدي صغراً في ظل القلب مترافقاً أحياناً مع تكلسات محيطية. • تخطيط صدى القلب: يبدي ثخانة في التامور، وبخلاف اعتلال القلب المضيق تكون القلوصية القلبية سوية هنا.

التدبير قطع جراحي للتامور.

PERIPHERAL VASCULAR DISEASE أمراض الأوعية المحيطية

ARTERIAL الأمراض الشريانية

Large Vessel disease امراض الأوعية الكبيرة

تنجم هذه الأمراض، وبشكل دائم غالباً، عن التصلب العصيدي في المجتمعات الغربية، بينما تتضمن الأسباب الأخرى النادرة: التهاب الشريان ذا الخلايا العملاقة، داء بورغر، داء تاكاياسو.

تشمل عوامل الخطر المؤهبة للعصيدة: فرط ضغط الدم، الداء السكري، فرط شحميات الدم، التدخين، الجنس المذكر، القصة العائلية، السن.

تشيع إصابة الأطراف السفلية والأوعية المخّية، بينما تعف الإصابة عن أوعية الأطراف العلوية. ستتم مناقشة الداء المخي الوعائي في مكان آخر.

اللامح السريرية وهذه تعتمد على تطور القصور الشرياني، هل تمّ بشكل حاد كما في الصمة الشريانية، أم تمّ خلال فترة طويلة.

الأعراض: تعتمد على نوعية الأوعية المصابة، وعلى سرعة البدء، ولكن هناك أعراض شائعة مثل: الخزل الشقي Hemiparesis والعرج المتقطع.

العلامات: وهذه أيضا تعتمد على نوعية الأوعية المصابة وتتضمن اللغط السباقي، الشلل الشقي، غياب النبض المحيطي، التقرح المحيطي والموات، سقوط الأصابع، أطراف باردة وزراقية.

الاستقصاءات يبقى تصوير الأوعية المصابة هو الاستقصاء الأول، والذي يظهر موضع التضيق وشدته، بينما تتضمن الاختبارات الأخرى الأقل بضعا: التخطيط الحراري Thermography، دراسة الجريان الدموي بالدوبلر.

التدبير يجب إسداء النصيحة لجميع مرضى داء التصلب العصيدي. وللمصابين بآفات تصلبية في الأوعية الكبيرة والمتوسطة، بضرورة ترك التدخين، والذي يشكل عامل الخطر الأكثر اهمية. كما يجب ان نتجه نحو تخفيض فرط شحميات الدم وفرط ضغط الدم.
يمكن زيادة التروية للنسج للقفرة (للصابة بنقص التروية) عن طريق التقليل من لزوجة الدم والفصد. إذا كان المريض مصابا بكثرة الحمر. وربما كان إعطاء الديكستران وريديا مفيدا. تقلل الجرعات المنخفضة من الأسبرين (300 مغ/يوم) من تكدس الصفيحات، وربما أفادت في التقليل من تشكل الخثرات. لكن هذا يحمل في طياته زيادة في خطورة التعرض للنزف للخي. يفيد إعطاء مضادات التخثر الفموية كالوارفرين في حال كانت الصمة القلبية هي سبب الإقفار. تقدم الجراحة، إذا تمكننا من تحديد الداء الشرياني للوضع، الكثير من الفائدة للمريض، وذلك براب الوعاء أو إجراء المجازة. أظهرت الدراسات أن استئصال بطانة الشريان، والتي شاع استخدامها لتدبير التضيق السباتي، ذات قيمة محدودة.

امراض الأوعية الصغيرة Small Vessel Disease

تتضمن الاضطرابات التي تودي لأمراض في الأوعية الصغيرة أو سدها مايلي: الداء السكري، التهابات الشرايين مثل التهاب الشريان العَقد، الداء الرثوي والذأب الحمامي، فرط اللزوجة مثل النقيوم، وجود الغلوبلين الكبري بالدم لوالديستروم، وجود الغلوبلين القرّي وكثرة الحمر، متلازمة رينو.

تؤدي أمراض أو سد الشُرينات لآفات واضحة سريريا في الدوران المحيطي (أصابع اليدين والقدمين)، بالإضافة لآفات الدوران المتعلق بالأعضاء الباطنية كالكليتين، والقلب، والعينين، والدماغ.

الملامح السريرية

الأعراض: تعتمد على موضع المرض، ولكن هناك أعراض شائعة كبرودة اليدين والقدمين المترافقة مع الألم وتغيرات اللون.

العلامات: احتشاءات صغيرة في الأطراف، تقرحات، بيلة دموية، احتشاءات شبكوية، زرق، أطراف باردة مع وجود نبض محيطي جيد.

الاستقصاءات بهدف كشف الداء السكري: معايرة سكر الدم الصيامي والخضاب الغلوكوزي HbA1c (الخضاب المُغلكز). • بهدف كشف النقيوم: إجراء الرحلان المناعي، وتحري بروتين

بس جونس في البول، ومعايرة كلس المصل. • تحري الأمراض الدموية: معايرة الخضاب، الهيماتوكريت، تعداد الصفيحات. • تحري أمراض النسج الضامة: حساب سرعة تثفل الكريات ESR، العامل المضاد للنواة ANF، والمتممة C3 وإجراء تصوير الأوعية الكلوية.

التدبير يعتمد على نوعية المرض المستبطن الكامن وراء الإصابة.

الأمراض الوريدية VENOUS DISEASE

يمكننا تمييز نوعين من الخُثار الوريدي V.T أولهما هو التهاب الوريد الخثاري Thrombophlibitis والذي يحدث فيه التهاب بطانة الوريد، وثانيهما هو الخثار الوريدي Phlebothrombosis وهو خُثار أولي في وعاء سوي، لكنّه يحمل في طياته خطر الإصابة بالصمة الرئوية.

تتضمن عوامل الخطر ما يلي: ركود الدوران المحيطي، زيادة لزوجة الدم، وجود إصابة في الوريد، الخباثات (مثل سرطان المعثكلة).

الملامح السريرية تتظاهر الإصابة عادة بألم يُصاحبه علامات الالتهاب الموضع في التهاب الوريد الخثاري، كما تتظاهر بوجود تورم، توسع الأوردة السطحية، زيادة درجة الحرارة، تغير اللون نحو الحمرة وإيلام في الخثار الوريدي العميق. يشتمل التشخيص التفريقي على الاضطرابات العضلية الهيكلية، التهاب الهلل، التهاب الأوعية اللمفية، تمزق كيسة بيكر.

الاستقصاءات • يكون تشخيص التهاب الوريد الخثري واضحا عادة، بينما يكون تشخيص الخثار الوريدي أكثر صعوبة. يكون التشخيص اعتمادا على العلامات الفيزيائية خاطئا لدى عدد لا بأس به من المرضى، لأنه ربما تغيب العلامات عند أولئك المصابين بالخثار الوريدي V.T.
• يبقى تصوير الأوعية هو الاختبار الحاسم والنهائي في التشخيص، وهو ضروري لتشخيص الخثار المتوضع في الأوردة الحوضية، وتبقى الاختبارات الأخرى مثل: - التخطيط الحراري - تفرس الفيبرينوجين الموسوم المشع مفيدة في تشخيص الخثارات الأكثر بعدا.

التدبير يحتاج التهاب الوريد الخثاري عادة لمعالجة اعراضية فقط، ولا تستطب مضادات التخثر إلا في حالات إصابة الأوردة العميقة. يجب معالجة الخثار الوريدي مع ما يمكن ان يصاحبه من خطر الإصابة بالصمة الرئوية والقصور الوريدي للزمن بالهيبارين الوريدي بشكل أساسي (تقريبا 1000 وحدة/سا، علما ان إعطاء الجرعة يعتمد على زمن الثرمبين "الخثرين"). ويلي ذلك إعطاء مضادات التخثر الفموية، والمستخدم عادة هو الورفرين لمدة 4 اسابيع على الأقل. يجب أخذ الإجراءات الوقائية كإعطاء الهيبارين تحت الجلد بعين الاعتبار عند المرضى الملازمين للفراش والمعرضين لخطر الإصابة بالخثار الوريدي العميق DVT، او الذين لديهم قصة سابقة للإصابة به.

تمثل اعتلالات عضل القلب والتهابات عضل القلب أمراض العضلة القلبية باستثناء داء القلب الإقفاري. يستخدم تعبير اعتلال عضل القلب Cardiomyopathy للدلالة على شذوذ في عضل القلب المعرض للإصابة بقصور القلب، بينما يطلق تعبير التهاب عضل القلب Myocarditis على الحالة التي تكون فيها حدثية التهابية، غالبا ما تكون حمجية.

CARDIOMYOPATHIES اعتلالات عضل القلب

يمكن تقسيمها لثلاث مجموعات رئيسية:

الاعتلالات *التوسعية Dilated:* وتمتاز بتوسع البطينين الأيمن والأيسر، وانخفاض الجزء المقذوف، سريريا يلاحظ انتشار وانزياح ضربة القمة وخفوت الصوت الأول غالبا، وكثرة وجود نظم الخبب وقلس التاجي.

مخطط صدى القلب: لا يشكل اختبارا قيّما في تشخيص اعتلال القلب، بينما تبقى القصة المرضية ومخطط كهربائية القلب ECG وتصوير الأوعية الإكليلية هامة في نفي الكحولية وداء القلب الإقفاري. يتجه التدبير نحو علاج قصور القلب المرافق، أما الإنذار فسيء عادة. ويجب أخذ موضوع المعالجة بالوارفرين بعين الحسبان بسبب وجود خطر الإصابة بالصمة المجموعية (الجهازية).

الاعتلالات *الضخامية Hypertrophic:* وهي اعتلالات يشيع تواجدها بشكل عائلي، تمتاز بضخامة ملحوظة في البطين و/أو الحاجز بين البطينين، وهذه الأخيرة تؤدي لسد مخرج البطين الأيسر بشكل شائع، اعتلال عضلة القلب الضخامي المسد HOCM. يُبدي الفحص السريري وجود نبض نفضي .Jerky p ، دفعة قمة مزدوجة، نفخة انقباضية. يؤكد مخطط صدى القلب التشخيص عادة.

التدبير يكون بإعطاء محصرات البيتا وضواد الكلسيوم للتقليل من سرعة القلب والموصيته. كما يكون بإعطاء الأميودارون لمعالجة اللانظميات القلبية. ربما زاد الديجوكسين والموسعات الوعائية من انسداد مخرج البطين الأيسر. لذا يجب تجنب إعطاؤها.

الإنذار مختلف، فليس من النادر اكتشاف الحالة بعد فتح الجثة عند البالغين الشباب بعد وفاتهم بشكل مفاجيء.

الاعتلالات *التحددية Restrictive:* وتمتاز بانخفاض المطاوعة (أو زيادة التيبُّس) في البطين، التي تؤدي لنقص الملء البطيني. تشاهد الاعتلالات التحددية في كثرة الحَمضات

الشغافية، الداء النشواني القلبي، تليف شَغاف وعضلة القلب. يجب توقع تشخيص اعتلال عضلة القلب التحددي عند المرضى المصابين بقصور القلب مع وظيفة انقباضية سوية. تفيد الخزعة القلبية في التفريق بين التضيّق التاموري والمرض الشغافي.

التدبير اعراضي. وعادة ما يكون باستخدام للبيلات.

التهاب عضل القلب MYOCARDITIS

المسببات تتضمن مايلي: • الأسباب الخمجية: حموية (النزلة الوافدة والكوكساكي B)، جرثومية (الخناق)، أوالية (داء شاغاس). • الأسباب الاستقلابية: الحمل، أمراض الغدة الدرقية، الصُباغ الدموي، عوز التيامين، الداء النشواني. • أمراض النسج الضامة: الذأب الحمامي. • الابيضاضات الارتشاحية والغَرناوية. • الأمراض العصبية العضلية: الحثل العضلي، رنح فريدريخ. • الأدوية: الكحول - الفينوتيازينات - الأرسنيك (الزرنيخ). • التشعيع.

اللامح السريرية ربما تظاهر التهاب عضل القلب بشكل يشبه داء القلب الإقفاري من ناحية البدء المفاجيء المترافق مع الألم، حدوث تسرع القلب الجيبي، مع أو دون وجود الصوت الثالث، قصور القلب مع لانظميات.

الاستقصاءات • مخطط كهربائية القلب ECG: لكشف اللانظميات ولنفي احتشاء عضل القلب. • صورة الصدر البسيطة CXR: تظهر غالبا وجود ضخامة القلب وضخامة البطين الأيسر. • تخطيط صدى القلب: لنفي الانصباب التاموري وتضيق التاجي. • الاختبارات المصلية: لتحديد وجود خمج حُموي، أو داء في النسج الضامة.

التدبير ويعتمد على السبب للستبطن وهو اعراضي في معظم الأحيان. تستطب المعالجة بالستيرويدات (بريدنيزولون 40 مغ/يوم بشكل اولي) في الحالات المترافقة مع ادواء النسج الضامة. الإنذار جيد لدى اغلب المرضى.

زرع القلب CARDIAC TRANSPLANTATION

أجريت أول مرة عام 1967، إن زراعة القلب تزداد بشكل مستمر في معالجة أمراض القلب المنهكة. تصل نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة سنة واحدة حوالي 80 - 90%. إن اختيار المتلقي هو أمر هام. يشكل اعتلال العضلة القلبية ومرض الشرايين الاكليلية الاستطبابات الأكثر شيوعا.

تشكل اعتلالات الأوعية الرئوية مضاد استطباب - حيث أن قلب المعطي لا يستطيع الضخ ضد مقاومة وعائية رئوية عالية وإن الاحتشاءات الرئوية الغير شافية تشكل احتمالية عالية لتشكيل خراجة.

يشكل العمر مضاد استطباب نسبي ونسبة البقاء على قيد الحياة - تكون قليلة فوق عمر (٦٠) سنة.

يشكل الرفض والانتان السببان الرئيسيان للموت في السنة الأولى. بعد هذه الفترة يشكل الترقي السريع لاعتلال الطعوم الاكليلية السبب الرئيسي للوفيات والاختلاطات.

4

أمراض جهاز التنفس
Respiratory Disease

يمكن معرفة الكثير فيما يتعلق بالاضطرابات التنفسية عند المرضى من خلال القصة السريرية الدقيقة والفحص الفيزيائي، هذا وتتضمن الاستقصاءات الشائعة ما يلي:

صورة الصدر البسيطة **CXR** وتمثل الاستقصاء الوحيد الأكثر أهمية فيما يتعلق بجهاز التنفس، والتي تزودنا بمعلومات أساسية عن الداء المستبطن لدى العديد من المرضى، مثل ذات الرئة، تليف الرئة، التدرن، الغرناوية، السرطانة. قد يترافق لدى بعض المرضى وجود داء رئوي مترق أو خطير مع صورة صدر بسيطة سوية كما في الربو. هذا، وبشكل مثالي يجب إجراء صورة بسيطة خلفية أمامية للصدر بالإضافة لصورة الصدر الجانبية.

فحص القشع (الفحص المجهري) وزرعه وهو إجراء له أهميته لكي يتسنى لنا اختيار الصاد المناسب. يُشكل الفحص الخلوي للقشع، وخصوصا إذا كُرر على ثلاث عينات، اختبارا ذا حساسية مقبولة لكشف السرطانة القصبية.

سرعة الجريان الزفيري الأقصى وهي وسيلة استقصائية مفيدة عند المرضى الخارجين أو الملازمين للفراش لمناظرة شدة الربو ومدى استجابته للعلاج.

تحليل غازات الدم الشرياني نظراً لعدم الاعتماد على العلامات السريرية كالزراق، يجب أن تجرى معايرة للـــ PaO_2, $PaCO_2$, H^+, HCO_3^- في الدم الشرياني لجميع المصابين بمرض تنفسي حاد.

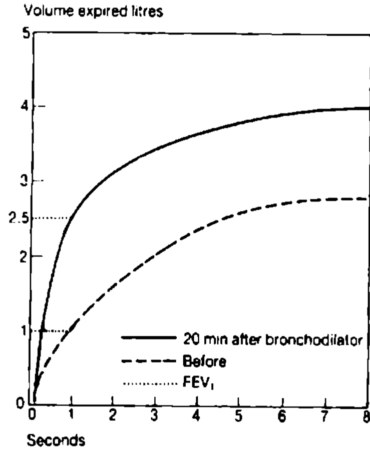
قياس النَفس **Spirometry** وهو اختبار بسيط يُجرى في الغرفة الجانبية، ويتيح قياس السعة الحياتية وحجم الزفير الأعظمي في الثانية الأولى FEV1، كما يتيح التمييز بين أمراض الرئة الانسدادية والتحددية (الشكلان 1 - 4، 2 - 4).

تنظير القصبات يتيح إمكانية الرؤية المباشرة للشجرة القصبية، مع القدرة على أخذ عينات خلوية وخزعات من القصبات والمتن الرئوي (البارانشيم). يُفيد السائل الناجم عن الغسل (الغُسالة) في تشخيص أمراض الرئة الخلالية والمتكيسة الرئوية الكارينية.

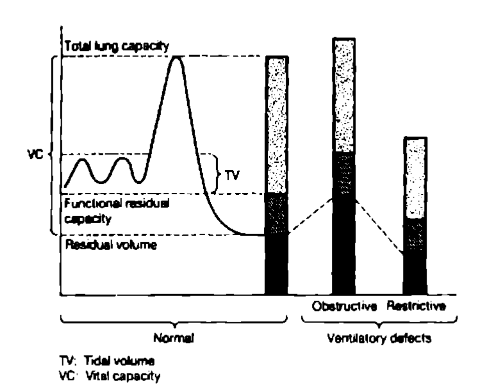
التهوية بالنظائر المشعة وتفرس التروية وهي هامة في تشخيص الصمة الرئوية، بينما يستطب تصوير الأوعية الرئوية عندما تكون النتائج غير حاسمة.

خزعة الجنبة الأخوذة عبر الجلد وهي مفيدة في تشخيص التدرن، السرطانة، ورم المتوسطة (المتوسطوم).

التفرس الطبقي المحوسب **CT scanning** وقد حلّ لدرجة كبيرة مكان التصوير المقطعي في تحديد المكان الدقيق وتصنيف الآفات الرئوية، كما أخذ دوره في تشخيص تليف الرئة وتوسع القصبات.



الشكل 1 - 4



الشكل 2 - 4

CHEST X-RAY — صورة الصدر البسيطة CXR

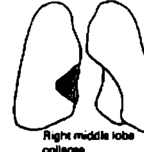
ـكل جزءا هاما من الاستقصاءات المجراة لدى أيّ مريض مصاب بداء قلبي أو رئوي، هذا ـب أن تتم قراءة الصورة بشكل منهجي (الشكلان 3 - 4، و 4 - 4).

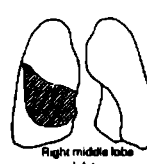
الشكل 3 - 4 صورة الصدر البسيطة السوية

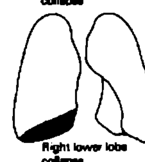
- انظر للاسم المدون على فلم صورة الصدر وحدد الجانب الأيمن والأيسر للصورة.
- تأكد من أن كامل الصدر مرسوم على الفلم، ومن أن شفوفية الصورة جيدة.
- لاحظ إن كانت الرغامى مركزية في توضعها، وإن كان المنصف سويا في عرضه، وهل موضع النقير (السُّرة) سوي (ربما عَلَت السُّرة اليسرى لأكثر من 2 سم عن السُّرة اليمنى).
- قيّم المشعر القلبي الصدري (حاصل جمع العرض الأعظمي للقلب على جانبي الخط المتوسط مقسوما على القطر الداخلي الأعظمي للصدر) والذي يجب أن يكون أقل من 50% عند البالغين الأصحاء على الصورة الخلفية الأمامية. يزداد هذا المشعر في حالات قصور القلب، الانصباب الجنبوي، فرط ضخامة البطين الأيمن أو الأيسر.
- الأوعية الرئوية: تكون محتقنة في التحويلة من الأيسر للأيمن، وفي حالات فرط الدينمية، بينما تكون قليلة الدم في الصمة الرئوية الحديثة، اندحاس القلب، قصور البطين الأيمن، التحويلة من الأيمن للأيسر. تنقطع الشرايين المركزية الكبيرة بسرعة في فرط ضغط الدم الرئوي مما يؤدي لقلة الدم المحيطية. يتظاهر فرط ضغط الدم الوريدي الرئوي الناجم غالبا عن قصور البطين الأيسر بتوسع أوردة الفص العلوي (الجدولان 1 - 4، 2 - 4).

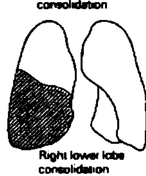
الجدول 1 - 4 : أسباب الضخامة النقيرية في الجانبين
الغرناوية اللمفوم التدرن فرط ضغط الدم الرئوي الصمة الرئوية عيوب حاجزية السُحار السيليسي Silicosis

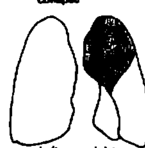
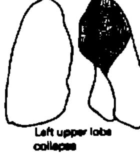
الجدول 2 - 4 : أسباب الضخامة النقيرية في جانب واحد
السرطانة القصبية التدرن الغرناوية اللمفوم الانصمام الرئوي

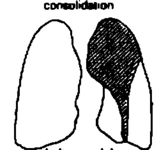


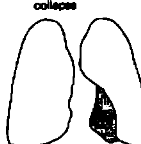


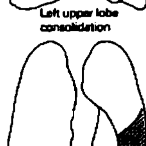
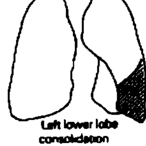


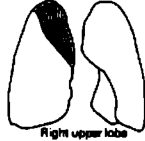


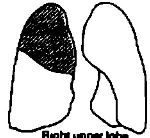









الشكل 4 - 4 شذوذات صورة الصدر

- الساحتان الرئويتان: حدد في البداية وجود شذوذات واضحة ثم انتقل للمقارنة بين الساحتين الرئويتين. فتش بشكل خاص عن العلامات الواسمة للرئة في كلا الجانبين، وتتبعها إلى أن تصل إلى حافة الرئة. يجب تفحص القمتين والزاويتين الضلعيتين الحجابيتين بدقة. يشكل الانخماص الفصي موجودة شائعة في السرطانة القصبية (الجدولان 3 - 4 و 4 - 4).
- العظام: يجب دراستها بشكل منهجي، والبحث فيها عن التآكلات والتثلمات والكسور.
- النسج اللينة: ربما لم يُنتبه لوجود نفاخ جراحي، أو وجود هواء في النسج اللينة، أو استئصال في الثدي، لذا يجب عدم إغفال البحث عن هذه الأمور.

الجدول 3 - 4 : أسباب العقيدات الرئوية
السرطانة القصبية
النقائل
الاحتشاء الرئوي
الغدوم/الورم العابي Hamartoma
التورم الدرني
الخراجات
الشوه الشرياني الوريدي Malformation
العقيدة الرثيانية
الورام الحبيبي لفغنر
الفصيص للتوشظ
وجود سائل في الشق المائل (الورم المتلاشي)
الحبيبومات (السل الدخني، الساركوئيد، داء النوسجات)

الجدول 4 - 4 : أسباب العتامة الكاملة لساحة رئوية واحدة
الانصباب الجنبوي الجسيم
استئصال الرئة
انخماص الرئة التام
تصلُّد الرئة التام
ورم للتوسطة

يجب نفي الحالات التالية إذا كانت صورة الصدر سوية في البداية:

- استرواح صدر قمي صغير.
- وجود مستوى سائل خلف القلب ناجم عن وجود فتق فُرْجَوي.
- وجود انخماص في الفص المتوسط الأيمن، مع فقدان وضوح الحافة اليمنى للقلب.

- وجود الخماص في الفص السفلي الأيسر مع غياب حدود الحجاب الأيسر خلف القلب (علامة الشراع Sail Sign).
- انحراف الرغامى.
- الاعتلال العقدي اللمفي جنيب الرغامى.
- وجود هواء أسفل الحجاب.
- تثلم الأضلاع.
- وجود استئصال الثدي.
- وجود القلب اليميني مع عكس الفلم.

اخماج السبيل التنفسي العلوي
UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION

تمتد السبيل التنفسي العلوي من الحُلقوم Oropharynx إلى الرُغامى، وتشكل هذه الناحية مدخلا إلى الرئتين، وتقع بين الفم الحاوي على عدة كائنات حية مُطاعمة (متعايشة) وبين الجهاز الرئوي العقيم. أخماج هذه الناحية شائعة لكنها محدودة ذاتيا.

الزكام الحاد

ينجم هذا الاضطراب الشائع عن الخمج بالحُمّة الأنفية، الحمة الإكليلية، الحُمة المعوية، الحمة المخلوية التنفسية Syncytial.

الملامح السريرية

الأعراض: يبدأ المرض بشكل حاد عادة، بعطاس وصداع وسيلان الأنف مع التهاب جاف في البلعوم. إن الخمج يحدد نفسه بنفسه بسرعة عادة، إلا أنه ربما حدثت مضاعفات والتي تتضمن: التهاب الجيوب، التهاب الأذن الوسطى، ذات الرئة. يعزى تكرر أعراض الزكام، الذي يشيع في فصل الصيف عادة، للأرجية (التحسس) أكثر منه لاستمرار الخمج بالحمات.

التهاب الجيوب الحاد

ينجم هذا الاضطراب، الذي كثيرا ما يتبع خمج السبيل التنفسي العلوي الحاد بالحمات، عن المستدمية النزلية، العقدية الرئوية، العقدية المقيحة.

الملامح السريرية وتتضمن ألما موضعا وإيلاما فوق الجيب المصاب، والحُمى، والصداع.

الاستقصاءات التشخيص سريري عادة، رغم أن صورة الأشعة البسيطة تظهر عادة وجود ثخانة في مخاطية الجيب، أو تظهر وجود سوية سائلة.

التدبير تعطى الصادات مثل الأمبيسلين 500 مغ 4 مرات يوميا، مقبضات وعائية انفية، وإجراء نزح جراحي عند الضرورة. ربما ادى العلاج المتاخر او غير الناجح إلى التهاب الجيوب المزمن، التهاب السحايا، خثار الجيب الوريدي، التهاب العظم والنقي.

التهاب البلعوم الحاد

ينجم غالبا عن خمج حموي (مثل حمة إبشتين بار)، أو عن الخمج بالعقدية المُقيحة.

اللامح السريرية يتظاهر عادة بالتهاب في الحلق، ولكن ربما حدث عسر في البلع في الهجمات الأكثر شدة. يظهر الفحص السريري وجود التهاب في البلعوم، مع ضخامة لمفية، وقد توجد نضحة في بعض الحالات.

التدبير لاحاجة للعلاج عند معظم للرضى باستثناء بعض العلاجات الأعراضية. وفي حال توقع وجود خمج جرثومي يجب اخذ مسحة من الحلق قبل البدء بإعطاء الصادات كالأمبيسلين 500 مغ 4 مرات يوميا او الإريثروميسين 500 مغ 4 مرات يوميا، تجنب إعطاء الأمبيسلين في حالة الإصابة بحمى ابشتين بار.

المضاعفات وتتضمن هذه المضاعفات في حالات التهاب البلعوم الجرثومي ما يلي: خراج حوالي البلعوم وخراج حول اللوزة، وكلاهما قد يحتاج لتداخل جراحي.

التهاب الحنجرة الحاد

ويحدث عادة كمضاعفة للزكام أو للأمراض الخمجية كالحصبة، ويمتاز بالتهاب الحلق مع بحة في الصوت مصحوبة بسعال غير منتج، وهو مرض محدود ذاتيا بسرعة عادة، رغم أن الهجمات المتكررة قد تؤدي لالتهاب الحنجرة المزمن.

التهاب لسان المزمار الحاد (التهاب الفلكة الحاد) Epiglottitis

ينجم هذا الاضطراب المميت بشكل كامن، عادة عن الخمج بالمستدمية النزلية عند كبار الأطفال.

اللامح السريرية وتشتمل على السعال، التهاب الحلق دون بحة الصوت، وقد يتطور الصرير في الحالات الأكثر شدة مؤديا لحدوث انسداد في الحنجرة. يجب تجنب إجراء التبصُّر المباشر (الرؤية المباشرة) للسان المزمار باستخدام خافضات اللسان عند الشك بوجود التهاب لسان المزمار، لأن ذلك قد يعجل بحدوث انسداد المسلك الهوائي.

التدبير تقديم الاكسجين، تامين إماهة كافية، إعطاء الأمبيسلين وريديا بجرعة 500 مغ 4 مرات يوميا او الكلورامفينكول بجرعة 500 مغ 4 مرات يوميا.

التهاب الحنجرة والرغامى والقصبات الحاد (الخانوق) Croup

ينجم هذا المرض، الذي يصيب الأطفال الصغار، عن خمج حموي بمجموعة نظيرة النزلة الوافدة عادة، مع العلم أنّه ليس من النادر حدوث خمج إضافي بالجراثيم.

اللامح السريرية نوب من السعال، انقطاع النفس، حمى، صرير، زراق.

التدبير يساعد ترطيب الهواء او الأكسجين في التنفس. وفي تليين الإفرازات. يجب استعمال الصادات عند الشك بوجود خمج إضافي، احيانا قد نحتاج لتنظير القصبات و/او تنبيب الرغامى لسحب الإفرازات من المسالك التنفسية العلوية.

التهاب القصبات الحاد

يحدث هذا الاضطراب كمضاعفة لخمج السبيل التنفسي العلوي بالحُمات، وينجم في معظم الحالات عن الخمج بالعقدية الرئوية، المستدمية النزلية، العنقودية الذهبية، وتتضمن العوامل المؤهبة: المدخنين والبيئة الرطبة أو المُغبّرَة.

اللامح السريرية

الأعراض: السعال، ألم خلف القص، أزيز.

العلامات: فرقعات خشنة وغطيطيّة، يليها قشع منتج، والذي يمكن إجراء زرع للكائن الحي الخامج منه.

التدبير بإعطاء صاد مناسب، عادة بعطى الأموكسيسيلين 250 مغ 3 مرات يوميا او الأمبيسلين 500 مغ 4 مرات يوميا.

النزلة الوافدة Influenza

تحتل اهتماماً خاصاً كسبب من أسباب خمج السبيل التنفسي العلوي، بسبب شدتها المحتملة. تتسبب النزلة الوافدة عن مجموعة من الحمات المخاطية وحمات النزلة الوافدة A و B. توجد ذراري مختلفة من هذه الأنماط الحموية، وهي تسبب حدوث جائحات أو أوبئة.

اللامح السريرية

الأعراض: الصداع، آلام عضلية، قهم، حمى.

العلامات: من الشائع غيابها باستثناء التهاب البلعوم ما لم تحدث مضاعفات.

التدبير المعالجة أعراضية لتفريج الحمى، الأوجاع، والآلام، والسعال. يجب تطبيق الوقاية بإعطاء اللقاحات، وخصوصا عند المسنين وللمرضى الذين يعانون من مشاكل صدرية مزمنة.
لا يمكن للقاح وحيد أن يؤمن المناعة لأكثر من ذرية واحدة بسبب التباين في الاستضدادية antigenicity بين الذراري الحموية المختلفة.

المضاعفات من الشائع حدوث خمج جرثومي ثانوي للسبيل التنفسي العلوي والسفلي بالعنقودية الذهبية. وربما حدث التهاب دماغي حموي أو اعتلال دماغي مزيل للنخاعين، أو ربما حدث اعتلال عضل القلب. قد يكون معدل الوفيات عالياً أثناء الأوبئة خصوصا عند المسنين والعُجَّز.

القصور التنفسي RESPITATORY FAILURE

انظر ص 370

الداء الرئوي الانسدادي المزمن (COPD) أو (COLD) CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

يُطلق هذا التعبير عادة على المرضى المصابين بالتهاب القصبات المزمن أو النفاخ. ولما كان العديد من المرضى لديه خليط من هذين الاضطرابين فالتصنيف يعتمد على وجود أحد الشذوذين بشكل أكبر. يُعرف التهاب القصبات المزمن على أساس الأعراض، بأنّه الإنتاج اليومي للقشع مدة ثلاثة أشهر في السنة في سنتين متعاقبتين، بينما يُعرف النفاخ على أساس تشريحي، بأنّه توسع المسالك الهوائية بعد القصيبات الانتهائية والمترافق مع تخرب جدران الأسناخ.

التصنيف "المنفوخ الأزرق" Blue bloaters، مرضى القلب الرئوي، نقص التأكسج، المرضى المعرضون لخطر احتباس غاز ثاني أكسيد الكربون مع "النافخ الوردي Pink Puffer"، مرضى فرط الانتفاخ، انخفاض PaO2 وغالبا انخفاض مستويات الـ PaCO2.

المسببات يشكل تدخين لفائف التبغ عامل الخطر الأكثر أهمية في مرضى الـ COPD، بينما تشتمل عوامل الخطر الأخرى على التعرض المهني للمهيِّجات كغبار الفحم، يؤهب عوز مضاد التربسين ألفا للإصابة بالنُّفاخ. ربما عجّل الخمج التنفسي الحاد في حدوث القصور التنفسي لدى العديد من المرضى المصابين بأمراض غير ظاهرة سريريا، كما أنه يزيد المشكلة التنفسية المستبطنة سوءا

الملامح السريرية من الملامح المميزة وجود السعال المنتج وانقطاع النفس عند المنفوخ الأزرق Blue bloaters بالإضافة لوجود علامات كالزراق والوذمة المحيطية والفرقعات، الخشنة والإحساس بضربات القلب على الجنيب الأيسر للقص. قد تترقى الإصابة لتباه

ر حة القصور التنفسي أو القلب الرئوي أو كثرة الخمر. يشكل انقطاع النفس المشكلة الرئيسية عند النافخ الوردي Pink puffer، والذي يترافق مع علامات تسرع التنفس وفرط الانتفاخ الصدري مع خفوت أصوات التنفس.

الاستقصاءات • أخذ قصة سريرية دقيقة تتضمن عوامل الخطر. • صورة الصدر البسيطة • انخفاض معدل الجريان الزفيري الأقصى PEFR. يُظهر قياس النَفس وجود ...ط الانسدادي مع زيادة في الحجم المتبقي. • قياس غازات الدم الشرياني. • انخفاض عامل ... Transfer Factor • الفحص المجهري للقشع وزرعه. • مخطط كهربائية القلب ECG.

التدبير من الأهمية بمكان إعطاء الصادات لأن سورات الداء الرئوي الانسدادي المزمن COPD تنجم ...اما عن اخماج السبيل التنفسي السفلي. وبما أن الخمج ينجم عادة عن العقدية الرئوية او المستدمية ...رلية فإن الصادات المناسبة هي إما الأمبيسلين 500مغ 4 مرات يوميا او كوتريموكسازول 960 ... مرتين يوميا. كما ان المعالجة الفيزيائية ضرورية أيضا. عند وجود التشنج القصبي يكون العلاج ...إعطاء السالبوتامول بشكل إرذاذ بمقدار 5مغ والإبراتروبيوم بروميد Ipratropium 0.5 مغ والأمينوفيللين البطيء التحرر 255مغ مرتين في اليوم حيث قد يؤدي لتفريج الأعراض.
...ربما استطبت المعالجة بالستيروئيدات مثل البريدنيزلون 40 مغ/يوم لمدة 10 ايام في الحالات الأكثر ...ة. ونادرا ما تستطب المعالجة الحافظة بالستيروئيدات، وعند وجود استطباب لها فيجب إبقاء ...الجرعة منخفضة قدر المستطاع. قد يوضع بعض مرضى القصور التنفسي الحاد على التهوية الآلية، ... إن ذلك يجب ان يتم فقط لأولئك المرضى الذين يملكون مدخرا تنفسيا كافيا، بحيث يمكننا فطامهم عن جهاز التهوية عند حدوث الشفاء. يبدو أن المعالجة الطويلة الأمد بالأكسجين داخل المنزل ...حسن البقيا لدى مرضى المنفوخ الأزرق "b b" المترافق مع القلب الرئوي، وربما كانت برامج التمارين مفيدة.
...ال اهم عامل هو ان تقنع المريض بالإقلاع عن التدخين. كما ان التلقيح السنوي ضد الانفلونزا مفيد.

...ربو ASTHMA

... ملراب يصيب المسالك الهوائية السفلية، ويمتاز بتغير كبير في مقاس المسالك ...الهوائية، إما عفويا أو كنتيجة للعلاج. يكون التضيق القصبي متقطعا وعكوسا، ...يتراوح بين تضيق خفيف وبين تضيق مهدد للحياة.

...الأسباب لم تُفهم بشكل كامل، لكن الآليات المناعية هامة دون شك. ربما كانت فرط ...ية المسالك الهوائية القاصية ناجمة عن المستضدات المميزة بشكل جيد كسُوس غبار ... (العُث) ومُخلفات الحيوانات وغبار الطلع، وهناك أيضا العوامل المثيرة اللانوعية ... أو التمارين أو الأدوية كمحصرات البيتا والأسبرين، وبالإضافة لذلك كله توجد ... لا يمكن تحديدها بدقة.

يمكن تقسيم المرضى بشكل عام إلى قسمين: المرضى المصابون بالربو الخارجي المنشأ (التأتبي) Atopic والمرضى المصابون بالربو الداخلي المنشأ (اللاتأتبي). يمكن تحديد المستأرجات Allergens في الربو الخارجي المنشأ إما بواسطة الجلد، أو بواسطة الاختبارات المُحرّشة، علما أنّه يمكن إثبات وجود قصة عائلية للتأتب في كثير من الأحيان، بينما لا يمكن تحديد مثل هذه العوامل المثيرة بتلك الطرائق في الربو الداخلي المنشأ، كما أن القصة العائلية عادة غير موجودة.

اللامح السريرية

الأعراض: وهي تتألف بشكل نموذجي عادة من الأزيز الزفيري وانقطاع النفس الذي كثيرا ما يسوء ليلا. قد يعرف المريض بعض العوامل المثيرة لمرضه، يشكل السعال العرض الأهم عند الأطفال.

العلامات: من النموذجي وجود فرط انتفاخ الصدر وتسرع التنفس وتطاول زمن الزفير والأزيز الزفيري المسموع خلال هجمة الربو، بينما قد يحدث تسرع القلب والتململ والنبض المتناقض والزراق في الهجمات الأكثر شدة. يُشير الصدر الصامت وخصوصا عند المريض الذي يجد صعوبة بالغة في الحديث لحدوث هجمة شديدة، ويتطلب تدبيرا عاجلا، قد لا يشكو المريض من أية علامة بين الهجمات الربوية. لكن يجب الانتباه للبوليبات (السليلات) الأنفية والتهاب الجيوب والطفح الجلدي.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة. • معدل الجريان الزفيري الأقصى PEFR. يكون حجم الزفير الأقصى في الثانية الأولى أقل من 75 % وهذه القيمة تتحسن بإعطاء الموسعات القصبية. ينخفض حجم الزفير القسري FEV بإجراء التمارين عادة. • تعداد دموي كامل FBC: ربما أظهر فحص القشع وجود كثرة الحمضات، وربما وجدت لوالب كورشمان (أسطوانات المسالك الهوائية الصغيرة) في القشع. • تحليل غازات الدم الشرياني: يحدد شدة الإصابة. من الشائع ترافق نقص التأكسج مع انخفاض $PaCO_2$، ولكن يشير نقص التأكسج المترافق مع فرط الكربمية لشدة المرض، وهذا يتطلب تدبيرا سريعا و/أو تأمين تهوية للمريض. • تفيد اختبارات فرط التحسس الجلدية في تحديد الأشخاص التأتبيين.

التدبير الامتناع عن التدخين وتجنب العوامل المفاقمة قدر الإمكان. تحمل زرقات إنقاص التحسس خطرا كامنا. ونادرا ما تستخدم في المملكة المتحدة. لا قيمة للأدوية المضادة للهستامين.
يكون الضبط المحافظ للأعراض من يوم لآخر بإعطاء المريض الموسعات القصبية كالسالبوتامول استنشاقا بمعدل نفيختين Puffs مع ستيرويد قشري مستنشق بشكل منتظم كالبيكلوميتازون عيار 100 بمقدار نفيختين مرتين يوميا. إنه لأمر حاسم أن نؤكد على مدى وفاء التقنية الاستنشاقية بالمراد، أما عند المرضى الذين لا يستطيعون استخدام الناشق Inhelars فتعطى الأدوية عن طريق أجهزة كالمرذات أو استخدام مستحضرات المساحيق الجافة. مثل Velodisks/Becodisks بشكل غروموغليكات ثنائي الصوديوم Disodium Cromoglycate بجرعة 20 مغ 4 - 8 مرات/يوم مداولة استنشاقية اتقائية (وقائية) ذات قيمة عند الأطفال وعند المرضى المصابين بالربو المحرّض بالتمارين.

ربما تحسنت الأعراض الليلية بإعطاء التيوفيللينات للعززة الإطلاق مثل اليونيفيللين Uniphyllin 200 - 400 مغ ليلا او الفيلوكونتين Phyllocontine 225 - 450 مغ ليلا رغم كثرة التفاعلات غير المرغوبة كالغثيان وعُسر الهضم، وتحدث أحيانا لانظميات قلبية مهددة للحياة.

يجب أن يقتصر استخدام الثيوفيللين على الحالات التي يمكن فيها قياس المستويات المصلية للثيوفيللين. تفيد الموسعات القصبية المعززة الإطلاق كالسالبوتامول 4 - 8 مغ ليلا. علما انه من الشائع حدوث التفاعلات غير المرغوبة كالخفقانات والرُعاش. ربما كانت شادات (Agonists) المستقبلات بيتا الاستنشاقية الطويلة الأمد الحديثة (مثل سالميتيرول Salmeterol) مفيدة في تدبير الربو الليلي وذلك بإعطائها مشاركة مع الستيرويدات الاستنشاقية.

تدبير الربو الحاد موجود في الصفحة (371) حيث ان الربو الحاد يتطلب تقييم وتدبير سريع حيث انها حالة مهددة للحياة فحوالي 2000 شخص يموتون في بريطانيا سنوياً بالربو الحاد.

ان استطبابات التهوية الآلية موجود ص (373)

اصدر الـ BTS (British Thoracic Society) عام 1993 دليلاً لتدبير الربو، والمبادئ الأساسية في التدبير موجودة في الجدولين التاليين:

الجدول 5 - 4 : أهداف ومبادئ التدبير

أهداف التدبير:

- لتمييز الربو
- لإلغاء الأعراض
- لحفظ وظيفة الطرق الهوائية طبيعية قدر الإمكان لأطول فترة ممكنة.
- الاقلال من خطورة الهجمات الحادة.
- لتمكين الأطفال من النمو بشكل طبيعي.
- الاقلال من الغياب عن المدرسة او العمل.

مبادئ التدبير:

- اشراك المريض وعائلته.
- تجنب العوامل المسببة.
- استخدام الجرعة الدنيات الفعالة من الأدوية.
- وذلك لتقليل التأثيرات الجانبية القصيرة والطويلة الأمد.

الجدول 6 - 4 : دليل BTS : تدبير الربو الزمن عند البالغين	
تحرَّ فيما إذا كانت الأدوية الاستنشاقية ملائمة. صف مقياس معدل الجريان الزفيري الأقصى، من الممكن ان تكون المعالجة في اي مرحلة حسب المناسب. من الممكن أن نحتاج الى إعطاء كورس انقاذي من الـ prednisolone في اي وقت وفي اي مرحلة:	
المرحلة الأولى:	استخدام مؤقت لـ relief B-agonist (أي اقل من مرة باليوم).
المرحلة الثانية:	استنشاق منتظم للعوامل المضادة للالتهاب مثل ، beclomethasone او budesonide 100 - 400 ميكروغرام/24 سا) او cromoglycate او nedocromil.
المرحلة الثالثة:	نعطي هنا جرعة عالية من الستيرونيدات الاستنشاقية (800 مكروغرام 2000 ميكروغرام /24 سا) الـ Theophyllines قد تكون مفيدة.
المرحلة الرابعة:	تعطي جرعة عالية من الستيرونيدات الاستنشاقية وبشكل منتظم نعطي الموسعات القصبية مثل ، ipratropium. oxitropium. salmeterol. B-agonist tablets.
المرحلة الخامسة :	نضيف هنا الستيرونيدات على شكل حبوب وبشكل منتظم بجرعة يومية وحيدة (نادراً ما نحتاجها)
اعد النظر في العلاج بشكل منتظم وحاول ان تخفّض المرحلة بشكل بطيء.	

الربو الحاد ACUTE ASTHMA

ص 372

ذات الرئة PNEUMONIA

يمكن تقسيم خمج مَتْن (برنشيم) الرئة إلى ذات رئة أولية (نوعية) ناجمة عن أحياء مجهرية مُمرضة للرئة خاصة، وذات رئة ثانوية (استنشاقية) والتي تؤثر الكائنات الحية فيها على النسيج الرئوي التالف مسبقا، أو عند وجود عوامل مؤهبة للاستنشاق.

ذات الرئة الأولية PRIMARY PNEUMONIA

الأحياء المجهرية المسؤولة بشكل شائع عن ذات الرئة الأولية مُجدولة في الجدول (7 - 4) يزداد عدد الكائنات الحية المحتملة بشكل كبير عند المرضى المكبوتي المناعة.

الملامح السريرية

الأعراض: سعال منتج، رعدات Rigors، ألم صدري، انقطاع النفس.
العلامات: حُمى، حلأ الشَّفة، نقص تمدد الصدر، أصمية بالقرع، تنفس قصبي، فرقعات.

الجدول 7 - 4 ، الأحياء المجهرية المسببة لذات الرئة وعلاجها	
الكائن الحي	**التدبير**
العقدية الرئوية	بنزيل بنسيلين 1.2 غ 4 مرات يوميا او امبيسلين 500 مغ 4 مرات/يوميا
العقدية للقيحة	امبيسلين 500 مغ 4 مرات يوميا
العنقودية الذهبية	فلوكساسيلين 500 مغ 4 مرات يوميا
الكلبسيلة الرئوية	ميزلوسيلين او جنتاميسين
للفطورة الرئوية	تتراسيكلين 500 مغ 4 مرات يوميا او إريثروميسين 500 مغ 4 مرات يوميا
المتدثرة الببغائية	تتراسيكلين 500 مغ 4 مرات يوميا
الكوكسيلة البورنتية	تتراسيكلين 500 مغ 4 مرات يوميا
الفيلقية المحبة للرئة	إريثروميسين او ريفامبيسين
للتكيسة الرئوية الكارينية	كوتريموكسازول 1920 مغ 4 مرات يوميا
حمات النزلة الوافدة A و B	لا يوجد صاد فعال

الاستقصاءات • كثرة البيض، الفحص المجهري للقشع وزرعه، زرع الدم. • تبدي صورة الصدر البسيطة وجود تصلد قطعي أو فصي. • الاختبارات المصلية ضرورية في تحديد ال...بات. • ربما استُطبّ تنظيرُ القصبات عند عدمِ استجابة المريض للمعالجة.

التدبير نعطي الصادات في البداية على اساس تخميني، ثم نقوم بتعديل العلاج بعد ظهور نتائج زرع الدم والقشع. نحتاج في معظم الحالات لتطبيق للعالجة الفيزيائية وتقديم الأكسجين وتامين الإماهة. الم...هب للعالجة الناقصة أو المتأخرة لتشكل خراجات رئوية. والتي تؤدي بدورها لحدوث تلف رئوي دائم او ذبيلة او قصور تنفسي او إنتانمية (إنتان دموي) Septicemia.

ذات الرئة الثانوية SECONDARY PNEUMONIA

...م معظم الكائنات الحية القادرة على إحداث ذات الرئة في الرئة السليمة مسؤولة عن ال...ج عند الأشخاص الذين لديهم أمراض رئوية مستبطنة. وربما كانت المستدمية النزلية وا...ئنات السلبية الغرام والكائنات الحية اللاهوائية أيضا مسؤولة. بينما يكون الوصول ال... عادة عن طريق استنشاق مُطاعمات السبيل التنفسي العلوي. تتضمن العوامل ال...ة ما يلي: الأمراض المزمنة، التبنيج، القياء، السرطانة القصبية، الأدوية المثبطة للسعال او المصص، الجزر المعدي المريئي والمرضى المكبوتي المناعة.

الملامح السريرية

... تدهور المرض الرئوي المستبطن كالتهاب القصبات المزمن، السعال، زيادة كمية ال...ع وزيادة الرعدات.

العلامات: حمى، زراق، أصمية قاعدية بالقرع، فرقعات قاعدية في الجانبين. أما علامات التصلد فغير موجودة غالباً.

الاستقصاءات • كثرة البيض • زرع القشع والدم • البحث في صورة الصدر البسيطة عن وجود مناطق تصلد لطخية (بقعية) في الجانبين غالبا.

التدبير من الأهمية بمكان التمييز المبكر للمرض، لأن تأخر التشخيص يؤدي لتلف الرئة. إعطاء الصادات على أساس تخميني في البداية. ثم تعديل العلاج حسب نتائج الزرع الجرثومي، وكمثال على ذلك نعطي البنسلينات الواسعة الطيف او السيفالوسبورينات مثل ازلوسيلين Azlocillin 2غ 3 مرات يوميا عن طريق الوريد او سيفوروكسيم Cefuroxime 750مغ 3 مرات يوميا بالشاركة مع الأمينوغليكوزيدات كالجنتاميسين او التوبراميسين.
يجب إضافة الميترونيدازول 500 مغ 3 مرات يوميا عن طريق الوريد او 1غ 3 مرات يوميا. عند توقع وجود خمج باللاهوائيات كما في حالة ذات الرئة الاستنشاقية الرشفية. تشكل المعالجة الفيزيائية والأكسجين دعما للمعالجة بالصادات.
الوقاية من الخمج الجرثومي عند المرضى المصابين بالأمراض الرئوية المزمنة افضل من العلاج. من الأهمية بمكان التلقيح ضد النزلة الوافدة.

A TYPICAL PNEUMONIA ذات الرئة اللانموجية

توصف على أنها ذات رئة بدون قشع قيحي أو غياب العامل الجرثومي على صبغة غرام في القشع. تتضمن الخمج Mycoplasma pneumonia، legionella pneumophilia، coxiella burneti (Qfever)، viral infection، pneumocystis carinii pneumonia، chlamydia psittaci.

اللامح السريرية غالباً ما تكون الأعراض التنفسية خفيفة مع تأثيرات جهازية ملحوظة. صورة الصدر البسيطة تكون غالباً أسوأ الأعراض.

الأعراض: سعال غير منتج، حمة خفيفة، صداع، ألم عضلي، ألم مفصلي، تخليط، قمي سحالي، ألم بطني.

العلامات: علامات صدرية قليلة، خراخر قاعدية مؤقتة، حمامى متعددة الأشكال.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة. • الاختبارات المصلية. • تحليل غازات الدم. • تحليل البولة والكهارل. • اختبارات وظائف الكبد. • تعداد الكريات. • Cold agglutinins الذي يشير إلى mycoplasma.

التدبير : كما في ذات الرئة الأولية.

PULMONARY ABSCESS الخراجة الرئوية

ربما أدى التصلد الرئوي المترافق مع تلف في متن الرئة لتشكل الخراجة الرئوية. تتضمن العوامل المؤهبة: الخمج بالعنقوديات الذهبية والكلبسيلة الرئوية، استنشاق الأجسام الغريبة، الاحتشاء الرئوي، الخباثات، التدرن، الخمج بالفطور، الاستنشاق، المرضى المكبوتي المناعة، المرضى المصابين بذات الرئة والمعالجين بشكل غير كاف.

الملامح السريرية

الأعراض: تبدو علائم المرض الشديد على المريض، والذي يُنتج كميات كبيرة من القشع القيحي، مع نفث الدم ورعدات وتعرق.

العلامات: حمى، تعجّر الأصابع (والتي ربما تطورت بشكل سريع)، علامات التصلُّد أو الانصباب الجنبوي، احتكاكات تامورية، خراجات نقيلية (مُخية مثلا).

الاستقصاءات • تؤكد صورة الصدر البسيطة التشخيص عادة بوجود التصلُّد والتكهف والسوية السائلة. • يفيد تخطيط صدى الصدر في أماكن تجمع السوائل، كما أنّه يُتيح إجراء رشف تشخيصي. • يستطب تنظير القصبات عند جميع المرضى الذين لديهم ما يدل على وجود انسداد قصبي لنفي وجود استنشاق لجسم غريب أو وجود سرطانة قصبية.

التدبير نادرا ما تكون الجراحة ضرورية، بينما تشكل المعالجة الكافية بالصادات لمدة 6 اسابيع اساس المعالجة. والصادات للستخدمة هي الأمبيسلين 500 مغ 4 مرات يوميا وفلوكساسيلين 500 مغ 3 مرات يوميا والميترونيدازول 400 مغ 4 مرات يوميا. ويحل الإريثروميسين بجرعة 500 مغ 4 مرات/اليوم مكان البنسلين عند وجود فرط التحسس للبنسلين. بينما تشكل التليف الرئوي الناحي مفعولا ثابتا للخراجة الرئوية.

BRONCHIECTASIS توسع القصبات

تشكل المسالك الهوائية التنفسية التالفة والمتوسعة بشكل دائم أماكن شائعة للإصابة بالأخماج المتكررة، وذلك بسبب تجمع الإفرازات فيها. ومثل هذه الأخماج يؤدي المزيد من التلف، والذي يؤدي بدوره لتعاظم التردّي.

المسببات بطريقة أو بأخرى، قد تؤدي الإصابة بالحصبة، السعال الديكي، التدرن، حدوث تلف في المسالك الهوائية التنفسية السوية. كما أنّ المسالك الهوائية عند المرضى

المصابين بالتليف الكيسي أو بداء الرشاشيات القصبي الرئوي أو بمتلازمة كارتاجنر أو بعوز الإنظيم المضاد للتربسين ألفا أو بكبت المناعة معرضة للإصابة بالخمج بسبب ضعف دفاعات هذه المسالك أو خلل الآليات المنظفة لها.

اللامح السريرية

الأعراض: أخماج تنفسية متكررة، سعال مزمن منتج لكميات كبيرة من القشع القيحي، نقص الوزن، نفث الدم. بينما تشتمل المضاعفات على القصور التنفسي وألم الجنبة والدُّبيلة وتشكل خراجات قاصية (مخية مثلا).

العلامات: تعجّر الأصابع وغطيط Rhonchus وفرقعات خشنة.

الاستقصاءات زرع القشع، تبدي صورة الصدر البسيطة وجود تليفات، كيسات، وخطوطا تشبه خطوط سكة القطار ناجمة عن الوذمة القصبية. يظهر قياس النَّفس وجود نقص في السعة الحياتية. يظهر تصوير القصبات المُلوَّن لانتظامات قصبية. ربما كان التفرس الطبقي المبرمج ذو المقاطع الرفيعة مفيدا في حالات معينة. ربما حدثت بيلة بروتينية ناجمة عن الداء النشواني.

التدبير يكون بالمعالجة الفيزيائية وبإجراء نزح وضعي. وبإعطاء الصادات كالأمبيسيلين 500 مغ 4 مرات/يوم أو الكوتريمكسازول 960 مغ مرتين /يوم عند حدوث عوارض (نوب) الخمج التنفسي. يشيع حدوث الخمج بالزائفة الزنجارية عند مرضى التليف الكيسي مما يستدعي علاجا خاصا بسيفتازيديم Ceftazidime عن طريق الوريد أو سيبروفلوكساسين أو آزلوسيللين Azlocilline. تفيد المعالجة الموسعة للقصبات والمعالجة المرطبة عند وجود تشنج قصبي ووجود إفرازات سميكة متماسكة. قد يكون إعطاء الصادات بشكل وقائي مفيدا في تقليل الأخماج. عن طريق تطبيق معالجات دورية بالأمبيسلين والإريثروميسين والكوتريمكسازول. يجب التفكير بالاستئصال الجراحي في حال كان الداء مُوضعا.

السرطانة القصبية BRONCHIAL CARCINOMA

وهي الورم الأشيع عند الذكور في المجتمعات الغربية، ومعدل الوفيات الناجمة عنها في ازدياد مستمر خلال الثلاثين سنة الأخيرة. وانتشارها يُعزى، في قسم كبير منه، لتدخين لفائف التبغ. يمكن تحديد 4 أنماط رئيسية: • السرطانة الحَرشَفية (الوسفية). • السرطانة الغُدية (بما فيها الخلايا السنخية). • السرطانة ذات الخلايا الكبيرة. • السرطانة ذات الخلايا الصغيرة. من الأهمية بمكان تحديد نمط السرطانة، لأن التدبير يختلف باختلاف المَرَضيّة.

اللامح السريرية

الأعراض: سعال، تقشع، نفث الدم، انقطاع النفس، ألم صدري، عسر التصويت، عسر البلع، صرير، أخماج صدرية مستمرة.

العلامات: تعجر الأصابع، دَنَف، تصلُّد، تكهف، انصباب جنبوي، متلازمة هورنر، انسداد الوريد الأجوف العلوي.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة بالوضعيتين الخلفية الأمامية والجانبية: والتي تُظهر معظم الأورام رغم إمكانية احتجاب الأورام المتوضعة في المركز بالقلب أو الأوعية الكبيرة. • الفحص المجهري للقشع والذي تبلغ حساسيته 80% تقريبا في حال تمت إعادته 3 مرات على الأقل. • ويبقى تنظير القصبات بالمنظار الألياني هو الاستقصاء الأول، لأنه يتيح إمكانية التبصُّر المباشر (الرؤية المباشرة) كما يتيح إثبات النمط النسيجي إمكانية التأكد النسيجي في الأورام المركزية التوضع.
• تُستطب الاستقصاءات التالية كالتعداد الدموي الكامل واختبارات وظائف الكبد LFT، والتفرس الطبقي المحوري للبطن والقحف وتنظير المنصف وتخطيط صدى البطن في الأمراض المنتشرة، بينما يفيد التفرس الطبقي المحوري للصدر في تحديد الغزو الموضع للورم. • ربما أفرزت الأورام ذات الخلايا الصغيرة (الأبودومات APUDOMAS) مواد كالـ ACTH مما يؤدي لظهور متلازمة كوشينغ، أو الـ ADH مما يؤدي لنقص صوديوم الدم. • ربما ترافقت السرطانة الحرشفية مع فرط الكلسمية بسبب إفراز مادة تشبه هرمون الدريقات PTH. يجب تحديد مرحلة الورم Staging (درجة انتشاره) قبل البدء بالعلاج.

التدبير وهذا يعتمد على النمط النسيجي للورم، فربما استجاب الورم ذو الخلايا الصغيرة المحيطي على الاستئصال، بينما قد تستجيب الآفات الأكبر، وبشكل أولي، على للعالجة الكيميائية و/او للداواة بالأشعة.
يمكن استئصال الأورام ذات الخلايا اللاصغيرة إذا كانت صغيرة القد ومتوضعة، بينما قد تستجيب الآفات الأكبر على المداواة بالأشعة. يجب اخذ للداواة بالأشعة بعين الاعتبار في الآفات النقيلية الاعراضية في العظام والجهاز العصبي المركزي وفي انسداد الوريد الأجوف العلوي وفي نفث الدم وفي انسداد المسالك الهوائية الكبيرة. بينما يجب القيام بمعالجة تلطيفية للآفات الانسدادية باستخدام المعالجة باللازر بمساعدة التنظير الداخلي، او باستخدام المداواة بالأشعة حينما كان ذلك مناسبا.

الإنذار يكون المرض غير قابل للاستئصال عند ثلاثة أرباع المرضى عند وضع التشخيص، وبالنسبة للربع المتبقي، والذين يكون الداء موضعا عندهم، فإن ثلث المرضى فقط يبقى على قيد الحياة مدة خمس سنوات.

SARCOIDOSIS الغرناوية

مرض غير معروف السبب، يمتاز بوجود حبيبومات لاتجبنيّة تصيب عدة أعضاء في الجسم وخاصة الشجرة الرئوية. تسبب الحبيبومات تليفا وتلفا في متن الأعضاء المصابة. تشاهد أعلى نسبة للحدوث عند البالغين الشباب، وخاصة الإناث منهم،

ويمكننا تمييز نمطين سريريين رئيسين للغرناوية، وهما النمط تحت الحاد وهو محدد لذاته، والنمط المزمن.

اللامح السريرية تعتمد على العضو المصاب، رغم كثرة حدوث نقص الوزن والتعب والحمى.

الجلد: الذأب الشرثي، عقيدات تحت الجلد، حمامى عقدة، طفح بقعي حكاكي.

الرئتان: وهما العضوان الأكثر إصابة، لكنّ إصابتهما غالبا تكون لاأعراضية إلى أن يحدث التليف الرئوي الواسع، وعند العديد من المرضى نشاهد فقط وجود اعتلال لمفي نقيري (سُرّي) صُدفة على صورة الصدر البسيطة (المرحلة الأولى). ربما أمكن تمييز ارتشاحات رئوية عابرة، بالإضافة للضخامة اللمفية النقيرية (المرحلة الثانية) وقد يحدث التليف الخلالي في الغرناوية المزمنة (المرحلة الثالثة) والتي تترافق مع فرط ضغط الدم الرئوي.

الكبد: من الشائع وجود الحبيبومات (70% من الحالات) لكنها لاأعراضية عادة.

الكليتان: كُلاس كلوي ناجم عن فرط الكلسمية والبيلة الكلسية.

العينان: التهاب العنبيّة وتكلسات في القرنية.

الجهاز العصبي: قد يصاب كل من الجملة العصبية المركزية والأعصاب المحيطية.

الدم: فقر دم وقلة الصفيحات.

القلب: لانظميات، عيوب توصيلية وضعف القلوصية.

الغدد اللعابية: تورم الغدتين النكفيتين.

المفاصل: كيسات سلامية والتهاب المفاصل.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة لرؤية الضخامة اللمفية النقيرية والارتشاحات الرئوية. • التعداد الدموي الكامل. • معايرة اليوريا والكهارل في المصل. • معايرة كلسيوم المصل. • معايرة كلسيوم البول. • معايرة الإنظيم المحول للأنجيوتنسين والمشتق من الشعيرات الرئوية: يزداد غالبا، وزيادته ترتبط مع شدة الإصابة. • اختبار مانتو لنفي التدرن • اختبار كفيم باستخدام المستضد من الطحال الإنساني المصاب بالغرناوية. رغم أن هذا الاختبار يحتاج لستة أسابيع حتى نحصل على نتائج إيجابية. • تنظير القصبات والذي يسمح بأخذ خزعات قصبية وخلال تصبية، كما يسمح بإجراء غسل قصبي سنخي، والذي نشاهد فيه أعدادا كبيرة من اللمفاويات. • التفرس بالغاليوم المشع: يظهر النسج الرئوية المصابة بشكل فعال. • انخفاض السعة الحياتية والحجوم الرئوية وعامل نقل أول أكسيد الكربون. • تبين الخزعات المأخوذة من الآفات الجلدية أو الكبد وجود الحبيبومات.

التدبير الغرناوية تحت الحادة حالة محددة لذاتها ولا تحتاج للعلاج عادة، رغم اننا قد نحتاج لإعطاء برامج قصيرة من الستيرويدات لعلاج الآفة الجلدية أو التهاب العنبية او الأعراض المجموعية كالحمى او التعب.
كثيرا ما تحتاج الغرناوية المزمنة لمعالجة طويلة الأمد بالستيرويدات لضبط الداء الرئوي و/او العيني.
يستهل العلاج بجرعة أولية مقدارها 40 - 60 مغ/يوم من بريدنيزولون لمدة 1 - 2 شهرا، ثم ننقص الجرعة إلى ان نصل إلى جرعة محافظة مقدارها 10 مغ/يوم. يجب مناطرة ترقي المرض بإجراء سلسلة من اختبارات الوظيفة الرئوية وصور بسيطة للصدر ومعايرة مستوى الإنظيم المحولة للأنجيوتنسين.
الإنذار جيد ما لم تكن الآفة التليفية الرئوية ممتدة.

PULMONARY FIBROSIS تليف الرئة

تحدث ثلاثة أنماط من التليف ضمن الرئة: • التليف الاستبدالي: التالي للتلف الناجم عن اضطرابات كالاحتشاء والتدرن وذات الرئة. • التليف الموضّع: والذي يحدث كاستجابة للمهيّجات كغبار الفحم وثاني أكسيد السيليسيوم (السيليكا). • التليف الخلالي: والذي يحدث في التهاب الأسناخ التليُّفي الخفي المنشأ وفي التهاب الأسناخ الأرجيّ الخارجي المنشأ.

FOCAL FIBROSIS التليف الموضّع

الأسباب الأكثر شيوعا للتليف المُوضّع هي أمراض الرئة المهنية والتي يظهر الجدول (8 - 4) أنواع هذه الأسباب. يتم استنشاق الغبار المكوّن للألياف المسؤول عن الإصابة، والذي يُحمل من قبل البالعات لتصل به إلى النسج اللمفاوية القريبة حيث يبدأ التليف هناك.
والأمراض الثلاثة الأكثر أهمية هي:

- تغبر الرئة (السُّحار Pneumoconiosis) عند عمال مناجم الفحم الحجري.
- داء الأميانت (داء الأسبست) Asbestosis. • السُّحار السيليسي Silicosis.

تغبر الرئة عند عمال مناجم الفحم الحجري

ينجم عن استنشاق جزيئات غبار الفحم، والتي قطر معظمها أقل من 5 ميكرومتر، وهذا المرض يزداد سوءا بتدخين لفائف التبغ. يمكن تقسيم هذا المرض تقسيما ثانيا إلى النمط البسيط والتليف الكتلي المترقي.

الجدول 8 - 4 : اشكال امراض الرئة المهنية		
التفاعل النسيجي	المرض	الغبار
ملحوظ	تغبر الرئة عند عمال الفحم الحجري	غبار الفحم
ملحوظ	داء الأميانت. ورم المتوسطة	الأميانت
ملحوظ	السُحار السيليسي	السيليكا (ثاني اكسيد السيليسيوم)
متوسط	داء البريليوم Beryllliosis	البريليوم
طفيف	السُحار الحديدي Siderosis	اكسيد الحديد
طفيف	داء القصدير Stannosis	ثاني اكسيد القصدير
متوسط	داء الألمنيوم Aluminosis	الألمنيوم
طفيف	داء الباريت Baritosis	سلفات الباريوم

يصنف النمط البسيط تبعا لشدة التغيرات الشعاعية، وهو مرض غيرُ مترق في طبيعته في حال توقف التعرض للغبار. يمتاز التليف الكُتلي المترقي، والذي يحدث عند التعرض للغبار الحاوي على نسب عالية من المرد (الكوارتز) بوجود كتل كبيرة متلاقية غالبا تسود في المناطق العلوية، وهذا النمط مترق في طبيعته، حتى ولو توقف التعرض للغبار. إنّ الملامح السريرية لتغبر الرئة عند عمال مناجم الفحم الحجري هي بشكل أساسي نفس ملامح التهاب القصبات المزمن، ربما وجد العامل المضاد للنواة ANF والعامل الرثياني في مصل بعض المرضى. يشاهد في متلازمة كبلان التهاب المفاصل الرثياني بالإضافة لتغبر الرئة، كما يمكن رؤية عقيدات مُتليّفة ضمن الرئة. إن تشخيص تغبر الرئة عند عمال مناجم الفحم الحجري ضروري نظرا لإمكانية التعويض المهني.

داء الأميانت (داء الأسبست) Asbestosis

يحدث التعرض لهذا الداء في بعض المهن مثل: مهنة البناء، التعدين، هدم الأبنية، تمديد الأنابيب. النمطان الرئيسيان للأميانت هما: الكريزوتيل Chrysotile، والكروسيدوتيل Crocidotile (الأميانت الأزرق) والمشاكل الطبية الكبرى الناجمة عن الإصابة هي تليف الرئة وخباثات السبيل التنفسي والجنّبة والصفاق. يرتبط التليف بشدة ومدة التعرض، بينما يكون ارتباط الخباثات أقل وضوحا وتحتاج لفترة كمون أطول (15 - 20 سنة). يزيد تدخين لفائف التبغ من خطر الإصابة بالسرطانة القصبية بشكل واضح، لكن تأثيره على ورم المتوسطة أقل وضوحا. يشير وجود لويحات على الجنبة في الجانبين لتعرض سابق للأميانت، وليس لذلك أهمية تُذكر. يميل التليف لأنّ يكون أكثر شدة في الساحتين الرئويتين السفليتين، ويتطور عند أولئك الذين يتعرضون للأميانت بشدة.

السُّحار السيليسي Silicosis

يحدث التعرض للمرو (الكوارتز) البلّوري في بعض الصناعات مثل التعدين وصقل سطوح الزجاج والحجارة وقطع الحجارة، يمكن تمييز نمطين من السُّحار السيليسي: نمط حاد ناجم عن تعرض شديد مكثف خلال فترة قصيرة (أشهر)، ونمط مزمن ناجم عن التعرض المديد (أكثر من 10سنوات) وبكميات محدودة. تؤدي الإصابة بالنمط الحاد لحدوث تليف الرئة الشديد المتزايد بسرعة غالبا، بينما يؤدي السُّحار المزمن لحدوث تليف يتوضع بشكل رئيسي في المناطق العلوية للرئة، ويترافق بزيادة خطر الإصابة بالتدرن الرئوي. تبدي صورة الصدر البسيطة وجود تليف الرئة، وغالبا وجود تكلسات في العقد اللمفية النقيرية المتضخمة والتي تعطي منظر قشر البيضة.

التليف الخلالي INTERSTITIAL FIBROSIS

يؤدي تليف جدران الأسناخ لانخفاض المطاوعة الرئوية واضطراب توزيع التهوية. تتضمن الأسباب الأشيع للتليف الخلالي: التهاب الأسناخ التليفي، والذي إمّا أن يكون غامضا، أو مترافقا مع اضطرابات النسج الضامة، والتهاب الأسناخ الأرجي الخارجي المنشأ.

التهاب الأسناخ التليفي

يؤدي هذا الالتهاب لحدوث تليف معمم في الأسناخ الرئوية، هذا الالتهاب إمّا أن يكون غامضا (لا يمكن تحديد سبب معين) أو يتشارك مع أحد أدواء النسج الضامة كالتهاب المفاصل الرثياني أو تصلب الجلد أو الذأب الحمامي.

الملامح السريرية

أعراض: لهاث جهدي مترقي وسعال جاف.

علامات: تعجّر الأصابع، تسرع النفس، نقص تمدد الصدر، وفرقعات في نهاية الشهيق، وربما حدث فرط ضغط الدم الرئوي والقلب الرئوي.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة: ظلال رئوية منتشرة وارتفاع في الحجاب. • زيادة حجم الزفير الأقصى في الثانية الأولى FEV1 / السعة الحياتية القسرية FVC ، نقص السعة الحياتية وسعة الرئة الشاملة وعامل نقل أول أكسيد الكربون. • تظهر معايرة غازات الدم الشرياني وجود نقص في التأكسج ونقص الكربمية. • يظهر تنظير القصبات مع الغسل وجود زيادة في العدلات والحمضات. • الخزعة من خلال القصبات أو خزعة الرئة المفتوحة تسمح بإجراء التحليل النسيجي. قد يكون العامل الرثياني والعامل المضاد للنواة ANF إيجابيا لدى بعض المرضى، رغم غياب الأدلة على وجود أمراض النسج الضامة.

يتضمن التشخيص التفريقي: الداء الهيموسيدريني الرئوي الغامض، الغرناوية، التهاب الأسناخ الأرجي الخارجي المنشأ، كثرة المنسجات × والتصلب الدرني.

التدبير الستيرويدات فعالة 20 - 30% من الحالات، لكنها تتطلب إعطاء جرعات عالية منها كإعطاء البريدنيزولون بجرعة 60 مغ/يوم ولو بشكل أولي على الأقل. يجب مناطرة الاستجابة بإجراء سلسلة من اختبارات الوظيفة الرئوية. ربما استخدم سيكلوفسفاميد بجرعة 50 - 150مغ/يوم كعامل خال من الستيرويد. فترة البقاء الكلية على قيد الحياة قصيرة. وربما استطب اغتراس الرئة عند بعض المرضى.

التهاب الأسناخ الأرجي الخارجي المنشأ

وينجم عن استنشاق الغبار العضوي، والذي يحرض تشكل تفاعل مناعي منتشر ضمن الشجرة التنفسية. ويظهر في الجدول (9 - 4) بعض العوامل المسؤولة. يؤدي التعرض المديد لتلف رئوي دائم مع حدوث تليف، مما يؤدي لفرط ضغط الدم الرئوي والقلب الرئوي والموت في نهاية المطاف.

الجدول 9 - 4 : اسباب التهاب الأسناخ الأرجي الخارجي المنشا

المرض	المستضد	مصدر المستضد
رئة المزارع	Micropolyspora faeni البويغاء المتعددة الفينية. الرشاشية الدخناء الشعية الحرارية الشائعة	القش العفن
رئة عمال الملت (الشعير النابت)	الرشاشية الشبوتية	الشعير النابت، القش العفن
رئة مُربّي الطيور	روث الحمام وريشه	الحمام، الببغاء، الطائر الطنب
رئة عمال الفطر	Micropolyspora faeni البويغاء المتعددة الفينية	اوراق الفطر
داء تفل قصب السكر Bagossosis	الشعية الحرارية السكرية	تفل قصب السكر العفن
الحمى المرطبة Humidifier F	الشعية اليفة الحرّ ،الأميبة ~	مرطبات الهواء

الملامح السريرية

الأعراض: حدوث انقطاع النفس دون أزيز بعد 4 - 12 ساعة من التعرض، تعب، حمى، تعرق، سعال غير منتج.

العلامات: حمى بعد التعرض، زراق، فرقعات.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة: تبدي وجود تليف شبكي منتشر. • التعداد الدموي الكامل: كثرة العدلات وكثرة الحمضات. • قياس النَّفس. • انخفاض السعة الحيالية ووجود عيب تحدّدي. • غازات الدم الشرياني: نقص تأكسج مع كون $PaCO_2$ سويا أ

حمضا • انخفاض عامل نقل أول أكسيد الكربون. • الفحوص المصلية: إيجابية اختبار المرسّبة. • اختبار التحرّش على المستضد المتوقع. • الخزعة المأخوذة من خلال القصبات/خزعة الرئة المفتوحة.

التدبير تقديم الأكسجين وللعالجة الفموية بالستيرويدات لعلاج الهجمة الحادة. يجب إيقاف تعرض المريض للمستضد في المستقبل، وإذا أمكن ذلك فالإنذار جيد.

PNEUMOTHORAX استرواح الصدر

انظر الصفحة 373

PLEURAL DISEASES امراض الجنبة

PLEURAL EFFUSION الانصباب الجنبوي

وجود سائل ضمن الحيز الجنبوي نتيجة مرض جنبوي أو مرض مجموعي. يمكن تقسيم الانصباب الجنبوي بشكل تقليدي، اصطلاحيا، إلى انصباب جنبوي رشحي Transudate ويكون تركيز البروتين أقل من 30 غ/ل، وانصباب جنبوي نضحي Exudate وفيه يكون البروتين أعلى من 30 غ/ل. يجب استقصاء جميع الانصبابات الجنبوية بإجراء رشف تشخيصي لسائل الانصباب ثم فحص هذا السائل، والتحري عن المحتوى البروتيني والجراثيم والخلوية الموجودة. تفيد الخزعة الجنبوية في استقصاء النَضحات الجنبوية. يجب رشف الانصبابات الكبيرة التي تعيق التنفس لتفريج الأعراض، ولكن يجب ألا تزيد كمية السائل المرشوف (المرتشفة) عن 1000 مل في الجلسة الواحدة.

الأسباب يوضح الجدول (10 - 4) هذه الأسباب.

PLEURISY التهاب الجنب

التهاب في الجنبة، قد ينجم عن وجود ذات رئة مستبطنة، حمج حُموي، احتشاء الرئة، خباثة، التدرن.

تتميز الحالة بوجود ألم موضع طاعن في طبيعته، يتفاقم بالشهيق العميق والسعال. وقد يحدث هذا الألم دونٍ وجود مرض رئوي شعاعي في احتشاء الرئة (نفث الدم شائع)، الألم العضلي الوربي الحموي (وجع الجنبة أو داء بورن هولم) أو كسور الأضلاع.

الجدول 10 - 4 : أسباب الانصبابات الجنبوية	
رشحية	نضحية
قصور القلب	النُبيلة
للتلازمة الكلائية	ذات الرئة
قصور الكبد	الخباثات بما فيها ورم للتوسطة
	احتشاء الرئة
	أمراض النسيج الضام
	خراج تحت الحجاب
	التهاب للعثكلة (انصباب في الساحة الرئوية اليسرى يكون فيه الأميلاز عاليا)
	تدمي الجنبة
	التدرن

متلازمة الضائقة التنفسية عند البالغين ARDS

اضطراب شائع وخطير، يمتاز بحدوث قصور تنفسي حاد تال لأذية رئوية، ومترافق بنقص التأكسج وضائقة تنفسية.
الإمراضية الدقيقة غير واضحة، لكن يتشكل غشاء ظهاري/بطاني سنخي مُسرِّب للسوائل يُتبع بترسب للنسيج الليفي. العوامل المؤهبة موضحة في الجدول (11 - 4).

الجدول 11 - 4 : أسباب متلازمة الضائقة التنفسية عند البالغين	
خمجية	جراثيم، فطور، للتكيسة الرئوية، تدرن، إنتانمية
الصمات	دهنية، هوائية، سائل امينوسي (الصاء)
نقص الحجم	
استنشاقية	قيء، ماء
التخثر للنتثر داخل الأوعية	
أدوية	افيونات، بربيتورات، أسبرين
التهاب للعثكلة	
للرتفعات العالية	
نزف داخل للخ	
استنشاق الدخان	
فرط استنشاق الركازة الأكسجينية	

الملامح السريرية تظهر المتلازمة بعد أيام قليلة من اكتشاف داء مستبطن خطير، وليس من النادر تمييزها أثناء فترة النقاهة.

الأعراض: انقطاع النفس، تراجع في الحالة السريرية.

العلامات: تسرع التنفس، زراق، سحب وربي، نقص الضغط.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة CXR: تتركز الارتشاحات في محيط الساحتين الرئويتين، لكنها تَعفّ عن الزاويتين الضلعيتين الحجابيتين في المراحل المبكرة. وهذا يفيد في تمييز هذه الحالة عَن قصور البطين الأيسر، والتي تكون فيه الارتشاحات أكثر مركزية وتشارك مع ضخامة القلب. • تحليل غازات الدم الشرياني: نقص التأكسج مع نقص الكربمية التنفسي. يكون نقص التأكسج مقاوما نسبيا للأكسجين المعطى، ومترقيا في سيره.

التدبير ويمكن تقسيمه لقسمين: الأول علاج الاضطراب المستبطن والثاني علاج للشكلة الرئوية.

علاج المرض المستبطن، وهذا المرض ربما لم يكن واضحا. يجب تصحيح الصدمة في حال وجودها تصحيحا تاما . ولكن حالما يتم الوصول لحالة دوران كافية يجب تقليم السوائل وخاصة البللورانية منها مع اخذ الحيطة لأن وذمة الرئة سريعا ما تتطور. ويبقى إعطاء جرعات عالية من الستيرويدات مثار جدل وخاصة في الصدمة الإنتانية Septic shock إلا أنه ينصح بإعطائها في الانصمام الدهني وبعد الاستنشاق. يجب معالجة الإنتان Sepsis جيدا في حال وجوده بإعطاء الصادات وريديا، وبإجراء نزح جراحي او القيام باستئصال البؤرة الإنتانية. يجب استخدام مرشحات لإبعاد مواد معينة في حال كانت هناك حاجة لنقل كميات كبيرة من الدم. لأن مثل هذا الإجراء يقلل خطر الإصابة بالمتلازمة.

علاج للشكلة الرئوية في للتلازمة، وهذا يحتاج لتطبيق تهوية الية بكميات وافية من الأكسجين للمحافظة على مستوى كاف، وليس زائدا، من PaO_2 ربما ادت التراكيز العالية من الأكسجين للمزيد من التلف الرئوي. عادة، هناك حاجة لضبط التنفس وزيادة الحجم الزفيري وحجم الدقيقة. ووضع المريض على جهاز الضغط الإيجابي في نهاية الزفير PEEP مع إجراء مناطرة دقيقة للنتاج القلبي والضغط الدم. من الأهمية بمكان الوقاية من حدوث وذمة الرئة بتحقيق توازن دقيق في لسوائل. وبإعطاء مدرات العروة وبإعطاء محاليل غروانية Colloid فقيرة بالملح.

يحسن الاكتشاف للبكر والتدبير الجيد للمتلازمة من البقيا بشكل كبير. بينما تبقى نسبة الوفيات بحدود الـ70%. والتي غالبا ما تنجم عن القصور في اعضاء عديدة. ويصاب الكثير من المرضى بتلف رئوي تحدّدي دائم.

CYSTIC FIBROSIS التليف الكيسي

تمثل هذه الحالة التي تنتقل بصفة جسدية صاغرة (مقهورة، متنحية) أشيع اضطراب وراثي خطير. حيث يصادف في 1/2000 من المواليد الأحياء، وهي تحمل بصمة متغايرة اللواقح (الزيجوت) في 5% من السكان. وتمتاز بشذوذات معممة في الغدد الخارجية الإفراز، مما يؤدي لإنتاج إفرازات لزجة بشكل غير عادي.

الإمراضية غير واضحة في الوقت الحالي، لكن تمّ تحديد الجين المسؤول (المورِثة المسؤولة) حديثا على الصبغي رقم 7، كما أن التشخيص قبل الولادة أصبح محتملا.

اللامح السريرية يتظاهر التليف الكيسي في سن الرَضاع عادة بحدوث علّوص بالعقي أو انغلاق أو فشل نمو، أما عند الأطفال الأكبر سنا فيتظاهر بأخماج صدريَة متكررة تؤدي لتوسع القصبات وإسهال دهني. أما المظاهر الشائعة عند اليُفع والبالغين فهي أخماج صدرية متكررة غالبا بالزوائف، استرواح الصدر، نفث الدم، سوء امتصاص، قصور البطين الأيمن، تشمع الكبد مع فرط ضغط وريد الباب. يقود التليف الرئوي في نهاية المطاف للموت بسبب القصور التنفسي أو القلب الرئوي. يصاب الذكور دون الإناث بالعقم.

الاستقصاءات • يُظهر اختبار التعرق عند الأطفال ارتفاع تركيز الصوديوم في العرق وهو اختبار تشخيصي. • لا يمكن التعويل على اختبار التعرق عند اليُفع لوضع التشخيص، وإنّما يشخص سريريا بوجود أخماج صدرية متكررة وقصور في المعثكلة. • أصبحت تقنيات تحليل الدنا DNA متيسرة في الوقت الحاضر.

التدبير الصدر: من الضروري تامين معالجة كافية وحاسمة لكل اخماج السبيل التنفسي. يجب معالجة المستدمية النزلية بالأمبيسلين 500 مغ 4 مرات يوميا، او بالاريثروميسين 500 مغ 4 مرات /اليوم. تعالج العنقوديات الذهبية بالفلوكساسيلين 500 مغ 4 مرات/يوم. تشكّل مستعمرات الزوائف مشكلة عويصة وقليلا ما نستطيع النجاح في التخلص منها. وعلاجها يكون بالأمينوغليكوزيدات كالجنتاميسين، توبراميسين، نيتيلمايسين Netilmicin (تعتمد الجرعة على طول المريض ووزنه وتجب مناطرة الوظيفة الكلوية بتحديد للستويات العليا والدنيا لها) وذلك بالمشاركة مع البنسلينات الواسعة الطيف مثل الآزلوسيلين او الكاربينسيلين، او بالمشاركة مع سيفتازيديم او سيبروفلوكساسين. يجب الاستمرار بالمعالجة الوريدية مدة اسبوعين على الأقل. من الضروري إجراء للعالجة الفيزيائية بتطبيق التمارين التنفسية والنزح الوضعي للإفرازات.
ربما ساعد إعطاء للوسعات القصبية و/او استنشاق المحاليل الملحية قبل تطبيق المعالجة الفيزيائية في التخلص من الإفرازات القصبية. (أسيفيلين شراب "عمريت للدواء").
المعثكلة: يقلل تعويض الإنظيمات المعثكلية من سوء الامتصاص ويحسن التغذية.

الوقاية: يجب تقديم المشورة الوراثية للآباء ولمرضى التليف الكيسي الكبار.

١٠. VASCULAR DISEASES أمراض الأوعية الرئوية

الاضطراب الرئيسي في الجملة الوعائية الرئوية هو فرط ضغط الدم الشرياني الرئوي، وهو إمّا أن يكون حادا، كما في الانصمام الرئوي، أو مزمنا.

انظر أيضاً ص 374

ربما تعطمت الخثرة، والذي مصدرها غالبا هو الخثار الوريدي العميق DVT في الأوردة الكبيرة، في القسم العلوي للساق والحوض، ووصلت للشريان الرئوي عن طريق البطين الأيمن.

عوامل الخطر في هذه الأمراض هي ذاتها عوامل خطر الخثار الوريدي العميق وتتضمن: الراحة في الفراش، النتاج القلبي المنخفض، كثرة الحمر، كثرة الصفيحات، من غير النادر حدوث الانصمام الرئوي دون وجود علامات الخثار الوريدي العميق، ويجب عدم نفي وجود الانصمام الرئوي بمجرد غياب علامات الخثار الوريدي العميق.

الملامح السريرية تكون الأعراض والعلامات قليلة عند العديد من المرضى، وعند التفكير بالتشخيص يجب تدبيره بسرعة لأن الصمة التالية ربما كانت مميتة بسرعة.

الأعراض: انقطاع النفس المفاجيء، ألم صدري جنبوي، نفث الدم، وهط دوراني.

العلامات: نقص الضغط، تسرع القلب، ضيق النفس، ارتفاع الضغط الوريدي الوداجي، احتكاك تاموري، زراق.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة: ربما كانت سوية، أو ربما أظهرت وجود انخماص رئوي. • مخطط كهربائية القلب: ربما وجد النموذج S_1 , Q_3 , T_3 مع/أو دون علامات إجهاد البطين الأيمن، ولكن تخطيط القلب غير مفيد غالبا. • في حال كانت صورة الصدر البسيطة سوية فإن إجراء تفرّس لكل من التروية والتهوية باستعمال نظير مزدوج ربما أفاد في تحديد العيوب المتداخلة، والذي يوجه نحو وجود انصمام رئوي. • تُسجل نتائج التفرس باستعمال النظير مستخدمين التعابير التالية: احتمال وجود الصمة كبير أو ضعيف. • يجرى تصوير الأوعية الرئوية إذا بقي الشك قائما بتشخيص الصمة.

التدبير تبقى الوقاية هي التدبير الأفضل لكل من الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي. وهناك عدة طرائق ينصح باتباعها مثل: ارتداء جوارب مرنة، إعطاء الديكستران وريديا.

التدبير الاتقائي الأكثر شيوعا هو إعطاء الهيبارين تحت الجلد (5000 وحدة 3 مرات يوميا) خلال فترة زيادة خطر الإصابة، كما في حالة لزوم الفراش بعد الإصابة باحتشاء القلب.

يدبر الانصمام الرئوي عندما يشخص حسب التأثيرات الديناميكية الدموية المرافقة، فإن كانت هذه التأثيرات خفيفة، يُعطى الهيبارين وريديا (5000 وحدة جرعة واحدة في البداية ثم تسريب 1000 وحدة تقريبا كل ساعة). يجب تعديل جرعة الهيبارين اعتمادا على زمن الترومبين، والذي يجب أن يكون 2 - 3 اضعاف الزمن السوي.

يستطب العلاج بالعوامل الحالّة للخثرة كالستربتوكيناز في الصمات الكبيرة، وذلك بعد التأكد من عدم وجود ما يمنع من إعطائها كوجود حادث مُخي وعائي حديث (سكتة حديثة) أو نزف من السبيل الهضمي العلوي.

بعد المعالجة الوريدية السابقة تعطى مضادات التخثر الفموية كالوارفرين غالبا مدة 3 - 6أشهر، مع تعديل الجرعة اعتمادا على النسبة للعدلة العالمية والتي يجب ان تكون 2 - 4 أضعاف الزمن السوي.

تستطب الجراحة واستئصال الخثرة، فقط، في حالات وجود صمة رئوية جسيمة مترافقة مع وهط دوراني. إذا لم تنجح المعالجة الدوائية، أو وجد ما يمنع من إعطائها عند المرضى، وخاصة إذا كان خطر الإصابة بصمات إضافية عاليا، فعندها قد نلجأ لغرز مرشحة في الوريد الأجوف السفلي.

فرط ضغط الدم الرئوي المزمن C . P . HYPERTENSION

قد ينجم فرط ضغط الدم الرئوي المزمن عن الانصمام الرئوي المتكرر، أو مرض قلبي أو القلب الرئوي، وفرط ضغط الدم الرئوي الأولي. تمت مناقشة الحالات الثلاث الأولى في مكان آخر من الكتاب.

فرط ضغط الدم الرئوي الأولي

يصيب هذا المرض النادر والخطير والمجهول السببيات النساء الشابات عادة. ربما سبب الفينفلورامين Fenfluramine، والذي يستخدم ككابت للشهية، فرط ضغط الدم الرئوي.

الملامح السريرية

الأعراض: تعب، ألم صدري، انقطاع النفس، تورم الكاحل.

العلامات: وهذه تختلف من بروز موجات (a) ووجود علامات دفع البطين الأيمن، واشتداد المكون الرئوي للصوت الثاني في المراحل الباكرة، إلى علامات قصور البطين الأيمن الصريحة فيما بعد.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة: وضوح الجملة الوعائية الرئوية المركزية مع وجود استدقاق محيطي. • مخطط كهربائية القلب: انحراف محور القلب نحو الأيمن مع تغيرات واسمة للجانب الأيمن من القلب. • مخطط صدى القلب: يظهر وجود ضخامة أذينية وبطينية يمنى. • تجرى القثطرة القلبية لقياس الضغط الشرياني الرئوي. • ربما كانت هنالك حاجة للقيام باستقصاءات أخرى لنفي الأسباب الأخرى لفرط ضغط الدم الرئوي، كالصمة الرئوية المزمنة، الأمراض الصمامية، أمراض الرئة المزمنة.

التدبير المعالجة تلطيفية حاليا بشخص المرض، فالشفاء غير وارد، لكن يمكن للمعالجة بمضادات التخثر الفموية أن تطيل العمر إذا أعطيت باكرا. ربما ساعدت الأدوية الأخرى كمحصرات البيتا ومنقصات الحمل القبلي والحمل البعدي في ضبط الأعراض. حاليا يشكل الاغتراس القلبي الرئوي الإجراء الشافي الوحيد لدى مرضى معينين.

الكتل المنصفية MEDIASTINAL MASSES

بإمكان العديد من البُنى والأورام تشكيل كتل منصفية، ومن الأسهل تقسيم هذه الكتل تبعا لمواضعها.

(ا)امية العلوية: توضّع الغدة الدرقية خلف القص، أم الدم، الورم التوتي (خبيث في 25%
،ن الحالات وهو كثيرا ما يتشارك مع الوهن العضلي الوبيل)، سرطانة نقيلية.
(ا)امية السفلية: الكيسية الجلدانية، سرطانة نقيلية، الورم العجائبي، الكيسة التامورية، فتق
،ور غاني.
ا.سطة: لمفوم، كيسة قصبية، سرطانة نقيلية.
ا.امية: العَصَبوم العُقدي، لمفوم، الكيسة المعوية المنشأ، فتق بول داليك، اللاارتخائية، أم
الدم الأبهرية، الخراجة جنيب الفقار، الفتق الفرجوي.

.ا ظهرت الآفات الجلدية أو تحت الجلد على صورة الصدر البسيطة الوحيدة كأنها كتلة
م.ارية، لكنّ أخذ عدة اتجاهات لصورة الصدر، بالإضافة للفحص السريري، يظهر
الوضع الحقيقي للآفة.

.ملف التظاهر السريري للكتل المنصفية، لكنه غالبا ما يكون على شكل ألم صدري
.هم، سعال، انسداد الوريد الأجوف العلوي، أو قد تكشف صدفة على صورة الصدر
ال..يطة المأخوذة بشكل روتيني (منوالي).

5

أمراض جهاز الهضم

Gastroenterology

ربما كانت الاستقصاءات المُستخدمة في تشخيص أمراض السبيل المعدي المعوي مُتيسرة أكثر من أي جهاز آخر، وأهم هذه الاستقصاءات:

***التنظير الداخلي* Endoscopy** يُمكّن من القيام بالتبصُّر المباشر (الرؤية المباشرة)لأجزاء السبيل المعدي المعوي، ومن أخذ الخزعات. حلت الأدوات الأليافية المرنة بشكل كبير مكان المناظير القاسية باستثناء تنظير السيني.

يمكن استقصاء اضطرابات المري، المعدة، العفج الداني بمنظار المعدة وبعد التركين الخفيف. يمكن تبصُّر المعثكلة والشجرة الصفراوية بعد زرق مادة التباين في قنواتها بإجراء تصوير الأوعية الصفراوية والمعثكلية التنظيري الرجوعي (ERCP) والذي نستخدم فيه منظارا داخليا طويلا مصمما بحيث تُمكن الرؤية من جانبه وليس من نهايته. يمكن تقصي المعى الغليظ واللفائفي النهائي بمنظار القولون، رغم أن فحص كامل الأمعاء الغليظة ممكن فقط، في 85 - 90% من الأشخاص.

يُمكن تقصّي أمراض المستقيم بمنظار السيني. تسمح الأداة المرنة بتبصُّر القولون السيني والقولون النازل. يُتيح التنظير الداخلي، بالإضافة لتبصُّر الأمعاء، بأخذ الخزعات واستئصال السلائل وتوسيع التضيقات، وهو يشكل وسيلة لزرق الأوعية والمعالجة بالليزر.

***تنظير جوف البطن* Laparoscopy** وهو وسيلة لمعاينة (لرؤية) أعضاء البطن مباشرة باستخدام جهاز أليافي عادة. يمكن القيام بتنظير جوف البطن تحت التبنيج العام أو الموضعي، وهو مفيد بشكل خصوصي في استقصاء الألم البطني غير المعروف سببه، وفي استقصاء أمراض الكبد.

الأشعة يُمكن تقصي كامل السبيل المعدي المعوي شعاعيا بعد إمرار مادة للتباين (الباريوم عادة) في العضو المراد استقصاؤه. تشمل الاستقصاءات الأشيع على: بلعة الباريوم، وجبة الباريوم، حقنة الباريوم. يمكن تقصي المعى الدقيق بعد إعطاء وجبة الباريوم وتتبعها، أو إجراء حقنة الباريوم، وفي هذا التقصي يتم دفع الباريوم في المعى الدقيق الداني من خلال أنبوب فموي - عفجي.

***محفظة كرسبي* Crosby Capsule** تستخدم للحصول على الخزعات الصائمية أثناء استقصاء الداء الجوفي (البطني)عادة.

***جمع دسم الغائط* Faecal fat collection** يعتبر جمع الغائط مدة 3 أو 5 أيام بغية حساب محتوى الدسم فيه إجراء هاما في تشخيص واستقصاء سوء الامتصاص.

***الدم الخفي في الغائط* Faecal occult blood** يمكن كشف كميات صغيرة من الدم في الغائط بالبحث عن الخضاب بطرائق بسيطة تُجرى في الغرفة الجانبية (جانب السرير)

اختبارات النَفَس **Breath tests** اختبار النَفَس بالغليكوكوليك الموسوم بـ 14C 14C-labelled glycocholic breath test: يستند هذا الاختبار على حقيقة أنّ العديد من الجراثيم يترع اقتران الحموض الصفراوية، وفي حال حدوث هذا بفعل النمو المفرط للجراثيم في المعى الدقيق يتحرر الغُليسين الموسوم بـ c14 ثمّ يمتص ويستقلب مؤديا لإطلاق $^{14}CO_2$ والذي يُزفر. يشير ظهور الـ $^{14}CO_2$ بعد 2 - 3 ساعات إلى وجود مستعمرات جرثومية في المعى الدقيق، رغم أنّ العبور السريع عبر المعى وصولا للقولون يعطي نتائج إيجابية كاذبة.

اختبار النَفَس بالهدرجين **Hydrogen breath test**: يستخدم لكشف عوز ثنائي السكريداز Disaccharidase، بعد تناول 50 غ من الحمل اللاكتوزي فمويا يطرح مرضى عوز اللاكتاز أكثر من 20 جزء بالمليون بالمقارنة مع القيم المطروحة عند الأشخاص الأسوياء والمساوية لـ 5 أجزاء بالمليون.

اختبارات وظيفة المعثكلة لا يوجد اختبار رئيسي لتقييم وظيفة غدة المعثكلة الخارجية الإفراز، ثم يُعطى - وبشكلٍ تقليدي - وجبة دسمة معيارية (وجبة لوند Lundh) بعد وضع أنبوب في الـ، الثاني للعفج. ثم يتم رشف إفرازات المعثكلة ومعايرة إنظيماته. تمّ ابتكار اختبارات لاأنبوبية ، تتضمن: الإفراغ البولي لحمض باراأمينوالبنزوات PABA والناتج عن حلمهة الـ N-benzoyl-L tyrosyl - PABA، والوجبات الدسمة الموسومة شعاعيا مع تحليل متابع للفعالية ، ماعية في المهبل.

حركية الأمعاء **Intestinal motality** يمكن تقييم تحرك الأمعاء ببساطة عن طريق مراقبة ، عبور الواسمات الشعاعية الظليلة على طول السبيل المعدي المعوي. يُوجد جهاز يُتيح ، قياس دقيق لتحرك المري والناحية المستقيمية الشرجية.

مراقبة الباهاء **PH monitoring** تقدمت تقنية استقصاء الجزر المعدي المريئي لدرجة كبيرة ، ظهور مسبار الباهاء النقّال، والذي يوضع فوق الموصل المريئي المعدي، ويوصل مع ، مسجّل مدة 24 ساعة.

التهاب المري OESOPHAGITIS

ينجم التهاب المري عادة عن جزر (ارتداد، رجوع) الحمض من المعدة، يتطور ، الالتهاب لأن الظهارة الحرشفية غير مقاومة للباهاء المنخفض.
يمكن تصنيف شدة الالتهاب إلى أربع مجموعات بدءا من الالتهاب الخفيف (درجة 1) إلى الالتهاب التقرحي (درجة 4) تتضمن العوامل الأخرى التي قد تؤدي لالتهاب المري: ، الصفراء، وبعض الأدوية خاصة إذا حصل تأخير لمرورها بسبب التضيق. ربما ، الخمج على المري، وأشيع الأخماج هي الحلأ البسيط والمبيضات، وتشيع الأخيرة عند

المرضى المكبوتي المناعة بسبب تناول الأدوية كالستيرويدات أو الإصابة بمتلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز).
يحدث جزر الحمض وهو السبب الأشيع للالتهاب، عند كل الناس، لكنّ تواتر ومدة نوبة الجزر تكون أكبر عند مرضى التهاب المري الجزري. تتضمن العوامل المؤهبة: الحمل، السمنة، التدخين.

اللامح السريرية

الأعراض: تشكل حرقة الفؤاد (اللذع) وهي ألم كليل خلف القص، العرض الأشيع، تُثار عادة بالطعام، وأحيانا بعوامل خاصة كالقهوة أو الكحول. لايمكن، أحيانا، التمييز بين هذا العرض (حرقة الفؤاد) والذبحة الصدرية. تتضمن الأعراض الأقل شيوعا عسر البلع أو الوسن الناجم عن فقر الدم.

العلامات: الشحوب بسبب فقر الدم التالي للنزف الخفي، وربما حدث قياء الدم كمضاعفة لالتهاب المري التقرُّحي. ربما ترافق الجزر الشديد مع الرشف (الاستنشاق) والذي يترافق مع فرقعات خشنة في قاعدتي الرئتين.

الاستقصاءات • يُشكل التنظير الداخلي للسبيل المعدي المعوي العلوي الوسيلة الأكثر دقة في تشخيص وتصنيف التهاب المري، وربما كشف السبب المستبطن كالفتق الفرجوي . • ربما أظهرت بلعة الباريوم وجود تغيرات مخاطية نتيجة الالتهاب و/أو وجود تقرح، وربما أثبتت وجود جزر و/أو رشف. • قد تكون دراسات الباهاء والتحرك على مدى 24 ساعة مفيدة في تحديد وجود الجزر المعدي - المريئي.

التدبير من الشائع معالجة الجزرالعرضي الخفيف والسبب للذع مؤقت بمضادات الحموضة فقط. (مثل مالوكانين "عمريت للدواء").
وفي كثير من المرضى هناك حاجة لإعطاء عوامل كابتة للحمض كالسيمتيدين او الرانيتدين.
يفيد إعطاء الأوميبرازول Omebrazol 20 - 40 مغ يوميا لمرضى التهاب المري التقرُحي. (شركة عمريت للدواء).
يفيد إضافة العوامل الحامية للمخاطية كالالجنات Alginats او السكرالفيت Sucralfate عند المرضى المقاومين لمثل هذا العلاج. بينما يفيد إعطاء العوامل التي تزيد من ضغط للصرة للربينية السفلية كالميتكلوبراميد عند البعض.
يجب إسداء النصيحة لكل للرضى فيما يتعلق بتخفيض الوزن (عند الضرورة). تناول وجبات صغيرة. تجنب تناول وجبات في وقت متأخر من للساء. إيقاف التدخين. رفع مقدمة السرير عند النوم.

OESOPHAGEAL CARCINOMA سرطانة المري

كثيرا ما تحدث سرطانة المري في الثلث القاصي من المري، إمّا على شكل سرطانة غدية، أو على حساب الظهارة ذات النمط المعدي، أو على شكل سرطانة حرشفية. تتضمن عوامل الخطر: سرف الكحول، التدخين، اللاارتخائية، التهاب المري لباريت، متلازمة بلومرفنسن، الثفان Tylosis، التعرض للإشعاع. تكثر السرطانة عند الذكور حيث تشكل الورم الخامس من حيث الشيوع. كما أنها تشيع بشكل خاص في نواح معينة كالصين وإيران.

اللامح السريرية

الأعراض: عسر بلع للجوامد بشكل أولي، نقص الوزن، ألم صدري، سعال، بحة الصوت.

العلامات: سعال، فقر الدم، علامات رئوية بسبب الرشف (الاستنشاق).

الاستقصاءات • يُمكّن التنظير الداخلي المعدي المعوي العلوي من تحديد التضيق ومن أخذ الخزعات ونواتج التّفرشي Brushings. • تُظهر بلعة الباريوم وجود تضيق غير منتظم.

التدبير الشفاء ممكن فقط عندما يكون المرض موضعا. تجب معالجة السرطانة الحرشفية في الثلثين العلوي والأوسط إذا كانت موضعة عن طريق المداواة بالأشعة. بينما يستطب استئصال المري والمعدة في أورام الثلث السفلي للمري. يجب التفكير بإجراء تدبير ملطف لعسر البلع في الخباثات المنتشرة. حيث يكون الشفاء غير ممكن، وذلك إما جراحيا او بوسائل التنظير الداخلي. ويؤمن غرز انابيب بديلة إمكانية بلع المريض للطعام نصف الجامد. تحسّن المعالجة باللازر وزرق الإيتانول عن طريق التنظير الداخلي عملية البلع. ربما قدمت المداواة بالأشعة أو الجراحة التدبير الملطف الأفضل في حالات معينة.

الإنذار البُقيا مدة 5 سنوات أقل من 10% والمعالجة المُلطفة، وخصوصا لتجنب عدم القدرة المزعجة على بلع اللعاب، هي الهدف عند العديد من المرضى.

DYSPHAGIA عسر البلع

صعوبة البلع شكاية شائعة نسبيا، ويجب معالجتها دوما بشكل جدّي، ويتم استقصاؤها عادة، وبشكل أولي، ببلعة الباريوم المتبوعة بالتنظير الداخلي عند الحاجة. نذكر الأسباب الأكثر تواترا فيما يلي.

التضيق الحميد Benign stricture

وهو يشكل عادة مضاعفة لالتهاب المري التقرحي الهضمي، ربما شكا المرضى من قليل من اللذع، إلى أن يظهر عسر البلع، والذي يكون عادة عسر بلع للجوامد بشكل أولي.

التنظير الداخلي ضروري لإثبات التشخيص نسيجيا، ولإجراء التوسيع في العديد من الحالات، وقد نحتاج عند إجراء التوسيع للقيام بالتنظير الداخلي بشكل منتظم.

سرطانة المري

اللاارتخائية Achalasia

تنجم اللاارتخائية عن فشل المصرة المريئية السفلية في الارتخاء، ربما كان السبب هو التعصيب الشاذ للمري السفلي وبشكل مشابه إلى حد كبير لداء شاغاس.

عسر البلع دائم، ويكون للجوامد والسوائل معا. ويشكل الألم الصدري والاستنشاق الرئوي مضاعفتين شائعتين. تظهر بلعة الباريوم مظهرا مميزا بشكل كبير، يظهر فيه توسع دان مع استدقاق أملس قاص. التنظير الداخلي ضروري لنفي السرطانة، ولإجراء التوسيع المائي السكوني أو الهوائي.

يُشكل شَقّ عضلة الفؤاد (عملية هيللر) علاجا آخر، ربما ظهر الجزر المريئي المعدي بعد أي من العلاجين.

التشنج المريئي Oesophageal spasm

غير شائع نسبيا. يصيب عادة المسنين، ويترافق مع ضخامة عضلية في المري السفلي. يترافق بألم صدري، والذي قد يقلد ألم الذبحة الصدرية. تُظهر بلعة الباريوم وجود تمعجات شاذة مع تقلصات غير متناسقة يمكن إثباتها بمقياس الضغط. يتم التدبير بإعطاء المرخيات العضلية مثل إيزوسوربيد أحادي النترات 10 - 20 مـغ مرتين في اليوم والنيفيديبين 10 - 20 مـغ ثلاث مرات يوميا، ويجب تقديم النصيحة بتجنب مثل تلك العوامل التي يمكن أن تثير التشنج كالسوائل الحارة أو الباردة.

متفرقات

تتضمن الأسباب الأخرى لعسر البلع: التهاب الفم Stomatitis، التهاب اللوزتين، أورام الرأس والعنق والمنصف، الجيب البلعومي، تصلب الجلد، متلازمة بلومرفنسن، الشلل البصلي أو الشلل البصلي الكاذب، اللاتناسق العصبي العضلي، اللقمة الهراعية Globus hystericus.

كما أنه يزداد شيوعاً غرس منظار معدي تحت الجلد عند أولئك الذين عسر البلع لا يتحسن عندهم خاصة بعد النشبة.

تُقسم التقرحات الهضمية إلى مجموعتين رئيسيتين: قرحات معدية وقرحات عفجية Gastric and duodenal ulcers. تتشكل القرحات عند عدم وجود توازن بين العوامل المتلفة (الحمض) والعوامل الحامية.
الإفراز هام في كلا النمطين، بحيث تلتئم القرحات عندما يتعدّل الحمض أو يُثبط الإفراز.
يترافق الإفراز المفرط للحمض مع مرض القرحة العفجية، بينما يشكل ضعف الحماية المخاطية عاملا هاما بالنسبة للقرحات المعدية. تتضمن العوامل الأخرى والتي تعتبر مهمة: الوراثة، الكرب، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، التدخين، الخمج بالمروحية البوابية (الملوية البوابية) Helicobacter Pylori. حاليا، مُيز العامل الأخير كعامل هام خاصة في التقرح العفجي وفي التهاب المعدة، وبشكل أقل أهمية بالنسبة للقرحات المعدية.

الملامح السريرية ربما كانت القرحات لاأعراضية، أو ربما سببت انزعاجا بسيطا أو ألما بطنيا شديدا. الألم الشرسوفي الموضع هو الأكثر شيوعا، وقد يشير المريض إلى مكان يكون فيه الألم على أشده.

تمّ تمييز بعض الارتباط بين الألم والطعام، فالقرحات العفجية تؤدي لحدوث الألم بين الوجبات وخلال الليل، بينما القرحات المعدية غالبا ما تؤدي لحدوث الألم أثناء تناول الطعام.

الأعراض: تميل لأن تشتد وتخف على مدة أسابيع أو أشهر. ربما حدثت تفاقمات عند الكرب، أو ربما قدحت بتأثير بعض العوامل كالأدوية أو الكحول.

العلامات: الإيلام الشرسوفي المُوضّع شائع، ولكن ليس بشكل ثابت. ربما كان فقر الدم جليّا عند إصابة المرضى بنزف غزير، ربما أمكن إحداث انطباعات رجيّة Succussion splash عند مرضى انسداد مخرج المعدة بسبب الوذمة ما قبل البواب وبسبب التندب.

الاستقصاءات • ربما كانت القرحات المعدية خبيثة، لذا يتوجب دوما أخذ خزعات منها لفحصها. • إذا كان بالإمكان تحديد القرحة بعد إعطاء وجبة الباريوم فيجب اتباعها بإجراء تنظير داخلي وأخذ خزعات، كما يتوجب إجراء تنظير داخلي آخر بعد العلاج للتأكد من الالتئام. من جهة أخرى لا يمكن للقرحات العفجية مطلقا أن تكون مقرا للخباثة ولا حاجة للخزعات عادة. • يمكن وضع التشخيص إما بعد وجبة الباريوم أو بالتنظير الداخلي ولا حاجة عادة - إذا أصبح المريض لاأعراضيا - لإجراء تنظير داخلي آخر للتأكد من الالتئام بعد العلاج.

يجب معايرة مستويات الغسترين (المعدين) في المصل إذا كانت القرحات متعددة، أو لم تعالج بسهولة، وذلك لنفي متلازمة زولنجر إليسون.

من غير الشائع إجراء دراسات على النتاج الحمضي إلا لتقييم مدى نجاح الإجراءات الجراحية في تخفيض إنتاج الحمض.

تمّ تأييد إجراء اختبارات حديثة أكثر في استقصاء المرض القرحي الهضمي، مثل تحديد وجود المروحية (الملوية) البوابية H. Pylori إما بوساطة الخزعة، أو باستعمال اختبارات النَفَس، أو بمعايرة مستويات الأضداد في المصل.

التدبير يمكن تقسيمه لتدبير طبي (دوائي) وآخر جراحي.

التدبير الطبي، رغم تيسر العديد من الأدوية التي تؤدي لالتئام القرحات، إلا انه يمكن تقسيمها إلى ادوية معدلة او مثبطة للحمض، وإلى ادوية تزيد مقاومة للخاطية للحمض. تؤدي مضادات الحموضة لالتئام القرحات في حال اعطيت بكميات كافية. تثبط ضواد Antagonists H2 إفراز الحمض الذي يقع تحت تحكم للبهم ـ الهستامين. ولشهر هذه الأدوية السيميتدين والذي يُعطى بجرعة 400 مغ مرتين يوميا أو 800 مغ قبل النوم، والرانتيدين بجرعة 150 مغ مرتين يوميا او 300 مغ قبل النوم. ضواد H2 فعالة في التئام كلا النوعين من القرحات للعدية والهضمية، إلا أن نكس القرحات العفجية شائع حالما نوقف العلاج، ربما بسبب التواجد المستمر للمروحية (الملوية) البوابية. ولهذا يحتاج هؤلاء المرضى لمعالجة محافظة طويلة الأمد. هناك دواء حديث يُدعى الأوميبرازول Omeprazole. " شركة عمريت للدواء" يُعطى بجرعة 20 مغ مرة واحدة يوميا. يثبط إفراز الحمض بتثبيطه للهيدروجين والبوتاسيوم في مضخة الـATP ase مما يؤدي لإحصار إنتاج الحمض بشكل اكبر من الإحصار الناجم عن ضواد H2، وهذا الدواء ربما كان مفيدا في علاج مرضى القرحات للعندة على للعالجة للألوفة. تتضمن العوامل الحامية للمخاط، السكرالفيت 1 غ 4 مرات يوميا والبزموت الغرواني 240مغ مرتين يوميا. يمتلك هذا العامل الأخير تأثيرا مبيدا للمروحية البوابية H Pylori وهذا قد يؤدي لتضاؤل حدوث النكس بعد خطة علاجية. تزيد المعالجة للشاركة بالصادات مثل الأمبيسلين والميترونيدازول من التخلص من الجراثيم .(امريزول "عمريت للدواء").

يجب نصح للريض بالامتناع عن التدخين وتجنب مضادات الالتهاب القشرية غير الستيرويدية وإنقاص الكرب قدر الإمكان بالإضافة للمعالجة الدوائية.

التدبير الجراحي، تستطب العمليات الجراحية، فقط، عند المرضى للقاومين للعلاج الطبي، والمرضى الذين يعانون من للضاعفات كالانثقاب او النزف. يقلل قطع العصبين للبهمين بمستوى المري السفلي من افراز الحمض بشكل فعال، ولكن كثيرا ما يتلو ذلك حدوث تفاعلات غير مرغوبة كنقص سكر الدم بعد الأكل (الإغراق للتأخر) أو الدوام او الوسن التالي للأكل مباشرة بسبب التأثير التناضحي لكميات كبيرة من الطعام في الجزء الداني من للعى الدقيق (الإغراق للبكر). يمكن التخلص من هذه التفاعلات غير المرغوبة بشكل كبير بإجراء قطع للبهم العالي الانتقائية حيث يُترك التزويد العصبي للبواب سليما وهذا يغني عن القيام بإجراء نازح كرأب البواب Pyloroplasty او للفاغرة المعدية للعوية. يكون احتمال نكس القرحة بعد إجراء قطع للبهم العالي الانتقائية أعلى منه بعد قطع المبهم الجذعي. إن عدد العمليات الهضمية المجراة على التقرح الهضمي قد انخفضت بشكل كبير في السنوات الأخيرة.

النزف المعدي المعوي العلوي
UPPER GASTROINTESTINAL HAEMORRHAGE

انظر ص 375

COELIAC DISEASE الداء الجوفي (البطني)

يمتاز الداء البطني (الداء الجوفي أو الداء الزلاقي) بضمور الزغابات المخاطية، والتي تتحسن بعد سحب الغلوتين Gluten من القوت. يتألف الغلوتين من مكونين رئيسين هما: الغلوتينين Glutenin والغليادين Gliadin.
يُعتقد أن مكونات الغليادين تشكل مُستضدا يؤدي لحدوث أذية بآلية مناعية. يُوجد ترابُط وراثي مع الانتشار العالي للـــ HLA B8 و DR3 كما أنّ التأثيرات البيئية هامة أيضا. نسبة الترداد حوالي 1:2000.

الملامح السريرية المصابون عادة هم الأطفال في سن 1 - 5 سنوات.

الأعراض: إسهال، إسهال دهني، نقص الوزن، فشل النمو. يمكن تمييز الألم البطني، الهيوجية، البلوغ المتأخر كأعراض لهذا الداء. يتظاهر الداء عند البالغين عادة بشكل إسهال أو بعواقب سوء الامتصاص كفقر الدم.

العلامات: قرحات فموية، وذمة محيطية، ضمور العضلات، تصبُّغ الجلد، التهاب الجلد الحلىء الشكل (انظر فيما بعد).

الاستقصاءات • يظهر فلم الدم وجود فقر الدم وأجسام هويل - جولي - Howell Jolly bodies (قصور الطحال Hyposplenism). • ربما أظهر اختبارات وظائف الكبد وجود نقص ألبومين الدم. • يكون تفاعل تحمل (الزيلوز xylose) شاذا عادة. • خزعة الصائم أو خزعة العفج القاصي إجراء أساسي، ويثبت وجود ضمور زغابي كلي أو تحت كلي (جُلي Subtotal) بالإضافة لوجود ارتشاح بخلايا التهابية مزمنة.

التدبير سحب الغلوتين وتثقيف المريض حول نمط قوته. تعتبر الأطعمة الحاوية على الشعير Barley والشوفان Oat والقمح Wheat ونبات الجاودار Rye أغذية ضارة بشكل كامن.

المضاعفات زيادة وقوع اللمفوم المعوي والسرطانة الغدية بالإضافة لأورام البلعوم والمري. لوحظ حدوث التقرح المعوي وتشكل التضيقات.

التهاب الجلد الحليء الشكل Dermatitis herpetiformis

تترافق هذه الحالة المتميزة بوجود حكة واندفاعات جلدية نفطية أيضا، مع ضمور الزغابات المخاطية، والتي تستجيب للقوت الخالي من الغلوتين. الدبسون Dapsone فعال في علاج الطفح الجلدي.

CROHN'S DISEASE داء كرون

مرض التهابي مزمن يصيب أي جزء من السبيل المعدي المعوي، سببه غير معروف. يُعتقد حاليا بأهمية التفاعل بين عامل خامج وبين استجابة مناعية شاذة. يصيب الالتهاب، وعلى خلاف التهاب القولون التقرحي، كامل ثخانة الجدار المعوي. اللفائفي النهائي والقولون الداني هما الموضعان الأشيع للإصابة.

الوبائيات يقارب الوقوع السنوي في المملكة المتحدة الـــ 100000/5 حالة، يصيب كلا الجنسين بشكل متساو، يحدث بشكل شائع بين سن 15 - 35 سنة. تحدث إصابات عائلية من داء كرون والتهاب القولون التقرحي.

الملامح السريرية مرض مزمن، ناكس، مُتردِّد، يتظاهر بأعراض حسب موضع الإصابة في السبيل المعدي المعوي.

الأعراض: فُتُور، قهم، غثيان، نقص الوزن، حُمّى، ألم بطني، إسهال، ألم مفصلي، نزف مستقيمي.

العلامات: شحوب، سوء التغذية، قرحات فموية، كتلة بطنية، خراجات حول الشرج، نواسير حول الشرج، تعجر الأصابع، حمامى عقدة، التهاب جلد مواتي Pyoderma gangrenousm، التهاب العنبية Uveitis .

الاستقصاءات • تعداد دموي كامل FBC: يظهر وجود فقر الدم بسبب فقدان الدم و/أو عوز الفولات أو فيتامين ب$_{12}$، كثرة البيض، زيادة تعداد الصفيحات، والذي يرتبط مع فعالية المرض. • سرعة تثفل الكريات ESR: مرتفعة. • الفحوص الكيماوية الحيوية: نقص الصودمية، نقص البوتاسمية، حماض، نقص الألبومينمية، تكون اختبارات وظائف الكبد شاذة في حال ترافق داء كرون مع التهاب الكبد المزمن الفعال. • ارتفاع مستويات البروتين التفاعلي (الارتكاسي)، والمرتبطة مع فعالية الداء. • شعاعيا: ربما أظهرت صورة البطن البسيطة وجود انسداد أو توسع سمي أو انثقاب. • تفيد وجبة الباريوم وتَتَبّعها، وكذلك حقنة الباريوم، في وضع التشخيص، وفي تقييم مدى انتشار وشدة الداء. • التصوير بفائق الصوت U.S: مفيد في كشف الخراجات. • التنظير الداخلي: يتيح التنظير الداخلي المعدي

المعوي العلوي والسفلي الرؤية المباشرة وأخذ الخزعات. • ربما تمت معالجة التضيقات، التي هي في متناول مجال المنظار الداخلي، بالتوسيع البالوني في حالات معينة. • التفرُّس بالنيوكليد المشع: ربما كانت تفاريس الكريات الدموية الحمر الموسومة بالإنديوم والتكنسيوم مفيدة في كشف مناطق فعالية الداء. • نسيجيا: يجب إثبات تشخيص داء كرون بالفحص النسجي عند توفر ذلك. ملامح داء كرون نسجيا هي: وجود التهاب في كامل ثخانة الجدار المعوي، حبيبوم لاتجبني، شقوق، تقرحات، تآكلات.

المضاعفات سوء التغذية، حدوث تضيقات، أمراض حول الشرج، نزف غزير، توسع سمي، تشكل خراجات، نواسير، حصيات كلوية، حصيات مرارية، مشاكل نفسية. يزداد قليلا خطر تطور سرطان الأمعاء الدقيقة أو الغليظة.

التدبير تستجيب الأعراض الناجمة عن الالتهاب عادة للإجراءات الطبية، بينما تحتاج الأعراض الناجمة عن التضيقات لتداخل جراحي.

التدبيرالطبي: تتضمن الإجراءات العامة، إعاضة السوائل والكهارل وإعطاء المقويات الدموية Haematinics عند الحاجة. إعطاء إضافات غذائية وإسداء النصيحة وتقديم الدعم النفسي.

الأدوية: تكون الستيرويدات القشرية، وعادة البريدنيزولون 40 مغ/يوم فعالة في التحكم في التفاقمات الحادة (السورات Exacerbations) عند معظم المرضى. يجب استخدام جرعات عالية لفترة قصيرة من الزمن قدر الإمكان للإقلال من التفاعلات غير المرغوبة. مع تجنب إعطاء معالجة صيانة بالستيرويد (معالجة داعمة) لأنها لا تقلل من تواتر النكس. يفيد إعطاء السلفاسلازين بجرعة 3 - 6غ/يوم في معالجة داء كرون القولوني الفعال، وقد يقلل من تواتر النكس. ربما كانت الأدوية الكابتة للمناعة الأخرى مثل الآزاثيوبرين والـ 6 ميركابتوبورين، مفيدة كعوامل خالية من الستيرويد في حالات معينة. يجب استخدام الصادات عند وجود إنتان Sepsis وفي حال توقع وجود نمو مفرط للجراثيم.

المعالجة القوتية: ضرورية للمحافظة على تغذية كافية، وقد وُجد ان الأقوات العناصرية Elemental تحرض الهدأة في العديد من الحالات. يستطب استخدام المعالجة القوتية بشكل خاص عند الأطفال لتخفيف التفاعلات غير المرغوبة للستيرويدات على النمو.

- الاستطبابات الجراحية:
- المرض العصيّ: مع استمرار تدهور صحة المريض رغم المعالجة الدوائية.
- الانسداد المعوي غير المستجيب على المعالجة الطبية.
- الانثقاب وتشكل الخراجات أو النواسير الخارجية.
- التوسع السمي للقولون.
- الانسداد الحالبي الناجم عن التهاب ما حول الحالب.

الإنذار يكون التهاب اللفائفي الحاد لانموذجيا من حيث أنه لا يُعاود (لا يرجع)، وذلك بخلاف الأشكال الأخرى لداء كرون. يستجيب مرضى داء كرون القولوني، بشكل جيد عادة، على المعالجة الطبية رغم أن 50% منهم سوف يحتاج لتداخل جراحي في وقت من الأوقات. يحتاج 70% من الذين يعانون من إصابة في الأمعاء الدقيقة والغليظة للجراحة في وقت ما. يجب اللجوء للجراحة المحافظة كرأب التضيق كلما أمكن ذلك. إن معدل

الوفيات الكُلّي عند مرضى داء كرون ضعف معدل الوفيات عند عموم السكان تقريبا، وذلك بسبب مضاعفات الداء الفعال.

التهاب القولون التقرُحي ULCERATIVE COLITIS

مرضٌ التهابي مزمن يُصيب إما جزءا من القولون أو كامل القولون. يكون الالتهاب محصورا في المخاطية، ويصيب غالبا، وبشكل ثابت، المستقيم ثم يمتد بشكل داني وبدرجات مختلفة وفق نمط مستمر. المرض غير معروف السبب، وقد اتهمت العوامل المناعية والقوتية والوراثية والنفسية.

الوبئيات يُصاب الجنسان بشكل متساو تقريبا، وتتراوح أعمار معظم المرضى المصابين بين سن 25 - 35 سنة، مع معدل وقوع سنوي مساو لـــ 100000/4-7. وكما في داء كرون تُوجد قصة عائلية للإصابة.

الملامح السريرية ربما كان السير السريري خاطفا حادا، ناكسا، مترددا، مُزمنا مستمرا.

الأعراض: إسهال، نزف مستقيمي، آلام بطنية خفيفة، حُمّى، نقص الوزن.

العلامات: شحوب، قرحات فموية، تجفاف، إيلام بطني، حمامى عقدة، تقيح الجلد المواتي، التهاب المفصل، والتهاب العنبية. يجب تمييز وجود التهاب القولون الشديد عند حدوث إسهال مدمى أكثر من 6 مرات في اليوم، تسرع القلب، حمى، فقر الدم.

الاستقصاءات • تعداد دموي كامل FBC: فقر الدم بسبب فقدان الدم، كثرة البيض. • سرعة تثفل الكريات ESR: ترتفع بشكل مرتبط مع شدة المرض. • الفحوص الكيمياوية الحيوية: نقص الصودمية، نقص البوتاسمية، حماض، نقص الكلسمية، نقص المغنزمية، تكون اختبارات وظائف الكبد شاذة بسبب ترافقه مع التهاب الكبد المزمن الفعال (ALT ↑) أو التهاب الأوعية الصفراوية المُصلّب (الفسفاتاز القلوية). • شعاعيا: من الضروري إجراء صورة البطن البسيطة في الهجمات الحادة الشديدة لنفي التوسع السمي (> 5.5 سم قطرا)، تفيد حقنة الباريوم بالتباين المضاعف في تشخيص وتحديد مدى اتساع وشدة المرض. ويمنع القيام بهذا الإجراء عند المرضى المعرضين لخطر الإصابة بالتوسع السمي. • تنظير القولون: يسمح بالرؤية المباشرة وأخذ خزعات، والتي تكون ضرورية لوضع التشخيص وإجراء الترصّد لسرطان القولون عند المصابين بمرض مزمن، ويُمنع هذا الإجراء أيضا عند المرضى المعرضين لخطر الإصابة بالتوسع السمي. • نسجيا: يجب دعم تشخيص التهاب القولون التقرحي بشاهد نسيجي رغم أن المنظر النسيجي ليس واضحا عادة.

المضاعفات: (الجدول 1 - 5).

الجدول 1 - 5 : مضاعفات التهاب القولون التقرحي	
الموضعية	خارج القولون
النزف	التهاب المفصل السلبي المصل
التضيقات	التهاب العنبية
التمزق	أمراض الكبد المزمنة مثل التهاب الكبد المزمن الفعال
السرطانة	التهاب الأوعية الصفراوية المصلب

التدبير

الطبي: تجب معالجة التهاب القولون الشديد الحاد بإعطاء السوائل الوريدية، نقل الدم، التغذية زرقا طالما استطبت. إعطاء الستيرويدات زرقا بجرعة عالية (هيدروكورتيزون 100مغ 4 مرات يوميا). تجب معالجة السير الناكس/المتردد الشائع بإعطاء جرعة عالية من الستيرويدات (40 مغ بريدنيزولون يوميا) للتحكم بالأعراض ويتبع ذلك بالسحب السريع خلال 3.2 اسابيع حالما تحدث الهداة. يجب استعمال السلفاسالازين Sulphasalazine (4.2غ/يوم) او مستحضرات الـ5 امينو حمض الساليسيلات مثل ميزالازين 6 اقراص/يوم على جرعات مقسمة لإنقاص تواتر النكس. ربما تم التحكم بالتهاب القولون القاصي والتهاب المستقيم بشكل جيد دون الحاجة لاستخدام الستيرويدات المجموعية إنما باستخدام حقن الستيرويدات Enemata في معالجة النكسات، والسلازوبيرين Salazopyrine كعلاج محافظ (جرعة صيانة).

الاستطبابات الجراحية للجراحة:

- التهاب القولون التقرحي غير المستجيب على التدبير الطبي.
- المرض الناكس/المتردد المستجيب بشكل ضعيف على المعالجة الدوائية.
- استمرار المرض لفترة طويلة، مع إثبات وجود خلل في التنسج او سرطانة.

العملية الجراحية الأشيع هي استئصال كامل القولونات مع إجراء فغر اللفائفي. يفضل البعض إجراء المفاغرة اللفائفية المستقيمية رغم ان استمرار فعالية المرض امر وارد في المستقيم المحتفظ به. ورغم الحاجة لإجراء ترصُّد طويل الأمد للخباثة في المستقيم. اصبحت عمليات الجيب اللفائفي الشرجي اكثر شيوعا في الوقت الحاضر لكنها لا تخلو من مشاكل.

ترصُّد السرطان إن خطر حدوث سرطان قولوني مستقيمي أمرٌ مسلمٌ فيه في التهاب القولون التقرحي، وهذا يعتمد على مدى شدة ومدة الإصابة بالمرض. يزداد خطر الإصابة بالسرطان في التهاب القولون الشامل بعد 10 سنوات ليصل لـ 1%، وبعد 20 سنة ليصل لـ 13%، وبعد 30سنة ليصل لـ 34%، يترافق التهاب الجانب الأيسر من القولون مع ازدياد أقل لخطر الإصابة بالسرطان بعد 20 سنة، لكن مع استمرار كون هذا الخطر هاما. يعتقد بأن ظهور الأورام عند مرضى التهاب القولون التقرحي يُسبق مبدئيا بخلل تنسُّج خفيف ثم، فيما بعد، بخلل تنسُّج شديد، وفي مثل هذه الحالة فإن هدف الترصُّد هو تحديد التغيرات ما قبل الخبيثة، يجب إجراء تنظير القولون مع أخذ خزعات متعددة كل 18 - 24 شهرا، وبشكل أكثر تواترا عندما يكتشف وجود خلل تنسُّج مبكر.

يتناقص تواتر سرطانة المعدة، ورغم ذلك يبقى ورما شائعا نسبيا ومميتا.
تصاب ناحية ما قبل البواب وناحية الغار في 60% من الحالات، في حين يكون الانتشار إلى العفج نادرا جدا.
السبب غير معروف، لكن يعتقد بأهمية القوت وتناول مركب الـ N- نتروزو N-Nitroso.
يشيع حدوث هذه السرطانة بشكل خاص في بلدان معينة كاليابان والتشيلي، كما أنها أكثر تواترا لدى حاملي الزمرة الدموية A.
تتضمن العوامل المؤهبة الأخرى: التهاب المعدة الضموري، فقر الدم الوبيل، جراحة مسبقة على المعدة.
لا يعتقد حاليا بإمكانية تحول القرحة المعدية الحميدة إلى خبيثة، والخبث في القرحات الخبيثة موجود منذ البداية، رغم أنه يظهر أنها تلتئم بشكل أولي بالمعالجة الدوائية.

الملامح السريرية:

الأعراض: تتطور بشكل متأخر وتشتمل على: ألم شرسوفي، نقص الوزن، عسر بلع (أورام الفؤاد)، قياء (أورام الغار).

العلامات: كتلة شرسوفية، قياء الدم، تغوط أسود، شحوب، شواك أسود، انطباعة رُجَية، حبن، اعتلال لمفي فوق الترقوة (عقدة فيشو، علامة ترويسر)، ضخامة الكبد (بسبب انتشار النقائل).

الاستقصاءات • وجبة الباريوم: تُظهر، بشكل شائع، وجود قرحة غير منتظمة أو عيب امتلاء، وأحيانا يمكن ملاحظة أن الجدار السميك يُقلِّص المعدة ويحول دون مرور التمعجات (تصلُّب المعدة). وربما لا تُكشف هذه الأخيرة بالتنظير الداخلي وبالخزعات المأخوذة أثناء هذا التنظير في حال ارتشح الورم لأعمق من المخاطية.

تنظير المعدة: وهو الاستقصاء الأمثل والذي يسمح بالتبصُّر المباشر، وبأخذ الخزعات بالفحص النسيجي. • التصوير بفائق الصوت: مفيد في نفي الانتشار الكبدي للورم، وربما حدّد تثخن جدار المعدة. • التصوير المقطعي المحوسب: ربما كانت هناك حاجة إليه في التصنيف.

التدبير تقدم الجراحة الأمل الوحيد للشفاء ولكن، ولسوء الحظ، في حال الأورام للوضعة الصغيرة فقط. لا تندرج الغالبية العظمى من سرطانات المعدة المشخصة في المجتمعات الغربية تحت هذا المعيار المشروح سابقا. ولا ينطبق هذا الكلام في اليابان بسبب وجود برامج التقصي التي يشيع فيها وضع التشخيص والتدبير بشكل مبكر. وحتى عند المرضى الذين يكون عندهم الاستئصال الشافي غير وارد.

فإن الجراحة تقدم الشكل الأمثل من للعالجة التلطيفية، وخصوصا في أورام الغار التي يشكل انسداد مخرج المعدة مضاعفة لها. وفي افات الفؤاد والتي ربما ادت لعسر بلع تام.
يجب تحسين حالة المريض السريرية إلى الحد الأمثل قبل إجراء العمل الجراحي بنقل الدم. بتصحيح الاختلالات الكيميائية الحيوية بالتغذية. زرقا في حال استطبت.
لا قيمة للمداواة بالأشعة، بينما قد تحدث المعالجة الكيميائية هداة عند قليل من المرضى.

الإنذار يعتمد على مرحلة الورم. تكون البقيا لمدة خمس سنوات في سرطان المعدة المبكر فوق 75%، ولكنها تكون أقل من 10% في الآفة المتأخرة والشائعة. ينصح البعض بتنفيذ برامج التقصي لحصر المجموعات العالية الخطر، كالمرضى الذين أجريت لهم جراحة على المعدة سابقا ومرضى فقر الدم الوبيل. يجب إجراء التنظير الداخلي المبكر لجميع المرضى فوق سن الـــ 35 والذين يشكون من عسر الهضم.

متلازمة الأمعاء الهيوجة IRRITABLE BOWEL SYNDROME

متلازمة الأمعاء الهيوجة هي الاضطراب المعدي المعوي الأشيع، تصيب الإناث أكثر من الذكور، ويكثر حدوثها بين سن 40 - 60 سنة. ربما شابهت الأعراض الرئيسية في هذه المتلازمة، من تغير في عادة التغوط المترافق مع ألم بطني وحس انتفاخ، أعراض الأمراض المعدية المعوية الأخرى، مما يجعل وضع التشخيص بعد نفي الأمراض الأخرى أمرا شائعا.

***الإمراض* Pathogenesis** تعتبر الشذوذات في المقوية العضلية للسبيل المعدي المعوي مسؤولة عن الأعراض. من الشائع وجود قصة عائلية، كما يعتقد بأهمية عوز الألياف في القوت في إحداث المتلازمة، كذلك تعتبر العوامل الانفعالية والنفسية هامة.

الملامح السريرية

الأعراض: وجود ألم بطني قليل التوضع، أشيع ما يكون في الحفرة الحرقفية اليسرى أو الشرسوف. ربما تفاقم الألم بتناول الطعام، بالكرب، قبل فترة الحيض، وربما انفرج بالتغوط، كما يشيع انتفاخ البطن. تتظاهر المتلازمة بإسهال متغاير غالبا في الصباح، كما وإن حدوث الإمساك عرض مميز، ولكن عادة يسود أحد العرضين. يشيع تغوط المخاط، لكن لا يشكل النزف المستقيمي ملمحا للمتلازمة، ويجب ألا يُعزى مطلقا لها.

العلامات: تكون قليلة عادة، وتتضمن توسع البطن، إيلاما فوق مسار القولون، ووجود المخاط بالفحص المستقيمي (PR).

الاستقصاءات • الاختبارات المُشخصة غير متيسرة، رغم أنه يمكن وضع التشخيص بثقة عندما تكون القصة مميزة عند الشباب. • تنظير السيني. • حقنة الباريوم. • هناك حاجة لإجراء التنظير الداخلي المعدي المعوي العلوي عند العديد من الأشخاص لنفي بعض الاضطرابات مثل: التقرح الهضمي، والسرطانة المستقيمية القولونية. ربما أمكن تحديد بعض الاضطرابات الشائعة عند العديد من المصابين بالمتلازمة كحصيات المرارة أو الداء الرتجي، وعليه يجب ألا نعزو الأعراض الموجودة لتلك الاضطرابات.

> **التدبير** إن الشرح الوافي لطبيعة الاضطراب أمر ضروري في التدبير. كما وإن بعض المرضى يستفيد بشكل كبير من المعالجة النفسية. ربما كان من المفيد القيام بمنابلة قوتية تهدف للزيادة التدريجية في محتوى الألياف لتصل إلى 7غ تقريباً، وخصوصاً عندما يكون الإمساك موجوداً. كما ويجب تحديد الاطعمة التي تفاقم الأعراض وحذفها من القوت. لا حاجة للمعالجة الدوائية عند العديد من المرضى. وفي حال استخدمت، يكون هدفها تفريج الأعراض. إعطاء مضادات التشنج مثل مضادات الفعل الكوليني والكولبيرمين Colpermin لتفريج الألم. إعطاء الأدوية مثل لوبيراميد Loperamide لتفريج الإسهال. إعطاء العوامل التي تشغل حيزاً من الأمعاء مثل الغروانيات اليفة الماء لتفريج الإمساك.
> ربما كانت مضادات الاكتئاب ذات قيمة لبعض المرضى. بينما يجب عدم استعمال المركنات كالبنزوديازيبينات.

أمراض الأمعاء الخمجية INFECTIVE BOWEL DISEASE

> يمكن تقسيمها إلى الأمراض التي تؤدي لحدوث إسهال حاد، وإلى الأخماج المعدية المعوية النوعية، وإلى الاحتشارات Infestations.

الإسهال الخمجي الحاد ACUTE INFECTIOUS DIARRHOEA

نستطيع تمييز ثلاث متلازمات سريرية (انظر أيضاً الصفحة 266).

التسمم الطعامي الحاد: يمتاز بحدوث قياء وإسهال خلال الـ 24 ساعة التالية لأكل الطعام الملوّث، ينجم عن وجود الذيفان الجرثومي في الطعام. الكائنات الحية الأشيع المسؤولة عن التسممات هي الذراري المنتجة للذيفان في العنقوديات الذهبية والمطثيات الحاطمة والعصوية الشمعية Bacillus cereus. وهناك سبب نادر ولا نموذجي هو المطثية الوشيقية حيث يؤدي ذيفان هذه المطثية لشلل مترق.

الإسهال المائي الحاد: وينجم عن الكائنات الحية المُنتجة للذيفانات المعوية، أو الكائنات الغازية المُنتقلة عبر الماء الملوث أو الطعام، وأحياناً نتيجة الانتقال من شخص لآخر. تتضمن الكائنات المُمرضة الإشريكية القولونية المنتجة للذيفان المعوي والضمة الهيضية

V.Cholerae بينما تتضمن الكائنات الحية الغازية، حُمة الروتا Rota virus والسلمونيلة والإشريكية القولونية وحُمّة نورْوك Norwalk والجياردية اللمبلية.

الإسهال المُدمّى: تتضمن الكائنات الحية المسببة لهذا الشكل من الإسهال، والذي يكون فيه الدم جليّا في الغائط كلا النوعين من الكائنات الحية المنتج للذيفان المعوي والغازي مثل السلمونيلة والشيغلة والعطيفة الصائمية Campylobacter jejuni واليرسينية المعوية القولونية والإشريكية القولونية والمتحولة الحالة للنسج. ربما سببت المطثية الصعبة Cl. difficile التهاب القولون الغشائي الكاذب بعد المعالجة بالصادات بسبب إنتاج ذيفان معين. تتضمن الصادات، التي كثيرا ما تكون مسؤولة عن هذا الالتهاب، الأمبيسلين والكلنداميسين واللينكوميسين. لا يوجد سُمّ الخلايا Cytotoxin في الحالات التي تكون الكائنات الحية مُطاعمة Commensal.

الاستقصاءات • زرع الغائط وتقصي الطفيليات: سوف يحددان العديد من الكائنات الحية المسؤولة، وربما كانت هناك حاجة لإجراء رشف الصائم لتحري الجياردية. • يدل كشف العديد من كريات الدم البيضاء في الغائط، بعد تلوُّنها بأزرق الميتلين، على وجود التهاب قولوني إما حمجي أو التهابي المنشأ. • تنظير السيني وأخذ الخزعات: مفيد في تشخيص داء الأميبات، وفي نفي أمراض الأمعاء الالتهابية والتهاب القولون الغشائي الكاذب. • الاختبارات المصلية: متيسرة للأخماج المسببة بالسلمونيلة والعطيفة Campylobacter واليرسينية Yersinia بالإضافة للمتحولة الحالّة للنسج.

> **التدبير** ويتضمن الإماهة عند وجود استطباب لها، كوجود ملامح تسرع القلب، نقص الضغط الوضعي، نقص امتلاء الجلد، نقص ضغط العين، شح البول. تكون الإعاضة فمويا عادة باستخدام السوائل الحاوية على الصوديوم، البوتاسيوم، البيكربونات، الكلور، الغلوكوز.
> تستطب السوائل الوريدية في حال وجود قياءات مستمرة عند المريض.
> لا يستطب تحديد للدخول الطعامي بشكل عام، رغم حدوث عدم تحمل مؤقت للحليب احيانا، نتيجة عوز اللاكتاز الثانوي.
> ربما كانت الأدوية المضادة للإسهال مثل فسفات الكودئين والداي فينوكسيلات واللوبيراميد مفيدة في التحكم بالأعراض، لكن يجب تجنب استعمالها في الحالات المتوسطة إلى الشديدة لأنها تطيل مدة الخمج. تمت جدولة الصادات في الجدول (2 - 5).

الأخماج النوعية SPECIFIC INFECTIONS

سل الأمعاء Intestinal tuberculosis

وهو اضطراب ليس بالشائع في المملكة المتحدة، لكنه ما يزال عالمي الانتشار، تصيب المتفطرة السلية، غالبا، الناحية اللفائفية الأعورية، يكشف عادة أثناء إجراء الاستقصاءات على المرضى المشكوك بإصابتهم بالخباثات أو بأمراض الأمعاء الالتهابية.

الجدول 2 - 5 : الصادات المستخدمة في علاج امراض الأمعاء الخمجية

العامل الممرض	الصاد	الاستطباب
السلمونيلة	امبيسلين كلورامفينكول كوتريموكسازول	فقط في حال حدوث تجرثم الدم
الشيغلة	كوتريموكسازول	الحالات العرضية
اليرسينية	تتراسيكلين	الحالات العرضية
العطيفة compylobacter	إريثروميسين تتراسيكلين	الحالات الشديدة او المستمرة
المطثية الصعبة	مترونيدازول	فقط عند وجود سمّ الخلايا
الجياردية المبلية	مترونيدازول، ميباكرين mepacrine	ربما كانت هناك حاجة لتكرير البرامج العلاجية

الملامح السريرية

الأعراض: ألم بطني، حُمّى، نقص الوزن، إسهال.
العلامات: كتلة في الحفرة الحرقفية اليمنى، ضخامة الطحال، علامات السل الرئوي المرافق.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة CXR: لتحديد وجود سل حالي أو سابق.
اختبار المانتو الإيجابي (تفاعل السلين) وفحص القشع والبول والغائط ورشافة المعدة.
• الدراسات الباريتية على الأمعاء الغليظة والدقيقة: لتحديد وجود سماكة في جدارها وتقرحات، تَشكل تضيقات مشابهة لتلك المشاهدة في داء كرون. • تنظير القولون وأخذ الخزعة عندما يكون ذلك مُستطبا. • فتح البطن: ربما كانت هناك حاجة لفتح البطن لإثبات التشخيص.

التدبير معالجة 6 اشهر بالإيزونيازيد Isoniazid، والريفامبيسين Rifampicin، مع إعطاء الإيتامبتول Ethambutol والبيرازيناميد Pyrazinamide في الشهرين الأولين للعلاج. تستطب الجراحة في حال حدوث الانثقاب، تشكل خراجات، النزف الشديد، الانسداد المعوي.

إسهال المسافر Traveller's diarrhea

يشيع حدوثه عند المسافرين للبلدان النامية بسبب أكل الطعام والماء الملوثين. الكائنات الممرضة الأكثر تواترا هي: الإشريكية القولونية المفرزة للذيفان المعوي، الشيغلة، السلمونيلة، العطيفة Campylobacter. تنقص المعالجة الاتقائية والكوتريمكسازول أو التراسيكلين من وقوع إسهال المسافرين الخمجي.

ربما كانت العوارض الأقل شدة من الإسهال عند المسافرين ناجمة، فقط، عن تغير النبيت الجرثومي في الأمعاء، وليست خمجية فعلا.

الأخماج المعوية المنتقلة بالجنس Sexually transmitted intestinal Infection

يزداد شيوع هذا النوع من خمج الأمعاء الذي يصيب الجنوسيين والنساء الممارسات للجماع الشرجي (الجدول 3 - 5).

الجدول 3 - 5 : الأخماج المعوية المنتقلة بالجنس

المشكلة	السبب
الآفات الشرجية	الحلأ البسيط، الافرنجي الثانوي
التهاب المستقيم	النيسيرية البنية، المتدثرة الحثرية، الحلأ البسيط، الافرنجي
التهاب القولون والمستقيم	المتدثرة الحثرية، الشيغلة، السلمونيلة، العطيفة Campylobacter

يُصاب مرضى متلازمة عوز المناعة المكتسب بمشاكل معدية معوية تتضمن: التهاب القولون والمستقيم بالجياردية، بالأسطوانيات، بالبويغات الخفيّة (الخبيئة)، التهاب المري بالمبيضات، بالحمة المضخمة للخلايا، بالحلأ البسيط، كما ويصابون بالتهاب الأوعية القولونية بالحمة المضخمة للخلايا، وبغرن كابوزي ص 275.

الاحتشارات الدودية HELMINTH INFESTATIONS

تُمثل الاحتشارات الدودية (الإصابة بالديدان)، رغم عدم الشيوع النسبي لها في المملكة المتحدة، مشكلة صحية كبيرة في مناطق عديدة من العالم.

المسودات (الديدان المستديرة) Nematodes (roundworms)

داء الصَفَر **Ascariasis** ينجم عادة عن الصَفَر الخراطيني المسؤولة عن أشيع الاحتشارات الدودية عند الإنسان. تكمن الدودة البالغة في المعى الدقيق العلوي وتضع البيوض التي تمرّ مع الغائط. ينجم الخمج عن الطريق الفموي الغائطي، تفقس البيوض المأكولة وتتحرر منها اليرقات التي تخترق جدار الأمعاء وتهاجر إلى الرئتين، ومن هناك تُلفظ بالسعال ومن ثم تبتلع.

تتضمن المضاعفات: فقر الدم، الانسداد الصفراوي، التهاب المعثكلة، التهاب الزائدة الدودية.

التدبير الميبندازول Mebendazole 100 مـــغ مرتين/ يوم ولمدة ثلاثة أيام.

داء السّرميات (الديدان الخيطية) **Enterobiasis (threadworm)** يُمثل الاحتشار بالسرمية الدودية الاحتشار الأشيع في المملكة المتحدة. تكمن الدودة البالغة في الأعور، بينما تهاجر

الدودة الأنثى إلى الشرج لتضع البيوض. تكون السراية بطريق الغائط، وكذلك بطريق عودة الخمج الذي يحدث غالبا عند الأطفال نتيجة الحكة الشرجية.

التدبير الميبندازول.

الديدان الشِصّية **Hook worms** وأشيعها الملقوة العفجية والفتّاكة الأمريكية. تكمن الدودة البالغة في المعى الدقيق العلوي، وتقوم بتحرير البيوض التي تخرج مع الغائط. تفقس البيوض خارج الجسم، كما ويحدث خمج الإنسان باليرقات عن طريق اختراق الجلد (أخمص القدمين مثلا)، ثم تعبر إلى الرئتين وتلفظ بالسعال ومن ثم تبتلع. تتضمن الأعراض: تفاعلات أرجية موضعة أو معممة، فقر الدم، ألما بطنيا.

التدبير الميبندازول.

داء الُسَلْكات (الدودة السوطية) **Trichuriasis (whipworm)**: تكمن الدودة المسلكة الشعرية الرأس البالغة في أسفل المعي، حيث تطلق البيوض التي تطرح مع الغائط، تأكل البيوض، ومن ثم تفقس في السبيل المعدي المعوي. لا توجد مرحلة حشوية.

اللامح السريرية ألم بطني، إسهال، كثرة الحمضات، التهاب الزائدة الدودية.

التدبير الميبندازول.

الأسطوانية البرازية **Strongyloides stercoralis** ربما قامت يرقات هذه الدودة بغزو نسج الثوي، وخصوصا عند المرضى المكبوتي المناعة.

اللامح السريرية التهاب القولون، سوء الامتصاص، أمراض رئوية، أعراض عصبية.

التدبير الثيابيندازول Thiabendazole 25 مغ/كغ مرتين يوميا لمدة 2 - 3 أيام.

القليديات (الشريطيات) **Cestodes (tapeworms)** وأشيعها عند الإنسان الشريطية العزلاء Saginata (الدودة الشريطية البقرية) والشريطية الوحيدة Solium (الدودة الشريطية الخنزيرية)، والمحرشفة القزمة Hymenolepis nana، (الدودة الشريطية القزمة Dwarf tapeworm)، والعوساء العريضة Diphyllobothrium latum (الدودة الشريطية السمكية). تتعلق الدودة البالغة بجدار الأمعاء عن طريق رأسها (الرؤيس Scolex) ومن ثم تعبر البيوض الخصبة مع الغائط.

يأكل الثوي المتوسط هذه البيوض، فتقوم اليرقات بغزو أحشائه. يحدث الاحتشار عند الإنسان بعد أكل نسج الثوي المتوسط النيئة أو غير المطهية بشكل جيد.

اللامح السريرية العوز التغذوي، الألم البطني، الحكة الشرجية، الانسداد المعوي، الانثقاب.

التدبير البرازيكوانتيل Praziquantel.

الداء العُداري **Hydatid disease** ينجم عن الخمج بالمشوكة الحبيبية Echinococcus granulosis (وبشكل أقل شيوعا المشوكة عديدة المساكن والمشوكة قليلة المفاصل E.oligarthus). الإنسان هو الثوي المتوسط للمرض بينما الكلب هو الثوي النهائي.

تؤكل البيوض الموجودة في غائط الكلب وتعبر للكبد عبر وريد الباب لتتطور هناك إلى كيسة عدارية.

اللامح السريرية ألم بطني، ضخامة الكبد، التهاب الأوعية الصفراوية، سعال، تفاعلات أرجية بما فيها التأق Anaphylaxis.

التشخيص • صورة البطن البسيطة: ربما أظهرت الحافة المتكلسة لكيسة، ربما كان التصوير بفائق الصوت أكثر حساسية. • الاختبارات المصلية واختبار كازوني الجلدي: وهي اختبارات متيسرة، ولكن ربما كانت سلبية في حال عدم حدوث التسرب من الكيسة.

التدبير الاستئصال الجراحي عند الضرورة، وإلا نستخدم الميبندازول.

المثقوبات (الديدان المثقوبة) Trematodes (flukes)

مسؤولة عن داء المنشقات (داء البلهرزيات) وداء المثقوبات الكبدية (داء متفرع الخصية) والاحتشار بالمتورقة الكبدية Fasciola Hepatica.

سوء الامتصاص MALABSORPTION

سوء الامتصاص هو التعبير المستخدم لوصف وجود الغُذّيات (المواد الغذائية Nutrients)، والتي تمتص عادة، في الغائط. في الممارسة السريرية يتم عادة حساب كمية الدسم في الغائط فقط. كما يشمل هذا التعبير على شذوذات الامتصاص واضطرابات الهضم والعبور المعوي.

السببيات

الأسباب المخاطية: الداء البطني (الزلاقي)، الذرب المداري، داء ويبل، فقد البروتين الشحمي بيتا من الدم.

الأسباب البنيوية: قطع الأمعاء، داء كرون، الداء النشواني، الإقفار المعوي، توسع الأوعية اللمفية، اللمفوم.

الأسباب الخمجية: التهاب الأمعاء الحاد، الطفيليات مثل الجياردية، النمو المفرط للجراثيم.

سوء الهضم: قصور المعثكلة، الانسداد الصفراوي.

الأمراض المجموعية: فرط الدرقية، قصور الدرقية، الداء السكري، داء أديسون، التهاب الجلد الحلئي الشكل، أدواء النسج الضامة.

الاستقصاءات وهذه يمكن تقسيمها لاختبارات: • سوء امتصاص الغُذّيات. • الأمراض المخاطية. • الشذوذات البنيوية.

سوء امتصاص الدسم: أشيع اختبار لسوء الامتصاص هو جمع دسم الغائط لمدة 3 أيام، في الوقت الذي يتناول فيه المريض قوتا سويا من حيث كمية الدسم والتي تعادل 100 غ/يوم. يرتكز اختبار النفس بالتريولين ^{14}C Triolein على إطلاق $^{14}CO_2$ بعد استقلاب حمض الأوليك الموسوم بـــ ^{14}C والممتص. يشير الإسهال الدهني العياني إلى وجود مرض في المعثكلة.

سوء امتصاص السُّكريات: يمكن فحص الخلل في امتصاص أحاديات السكريد بإجراء اختبارات تحمل الغلوكوز والزيلوز Xylose.

سوء امتصاص ثنائيات السكريد: يكون اختبار تحمل اللاكتوز ضمن الحدود السوية عند ارتفاع غلوكوز الدم > 1 ميلي مول/ل، بينما يكون اختبار تحمل السكروز شاذا عند وجود عوز في المالتاز الإسوي Isomaltase. تُظهر الدراسات الشعاعية، والتي نستخدم فيها خليطا من السكر المناسب مع الباريوم، وجود سرعة في حركة الأمعاء مع توسعها.

سوء امتصاص البروتين: سوء امتصاص البروتين الفعلي حالة نادرة جدا. يحدث التقويض الفائض لبروتين القوت في حالات النمو المفرط للجراثيم والمثبت باختبار النفس بالغليكوكولات ^{14}C-glycocholate. يمكن تحديد وجود الاعتلال المعوي المُضيّع للبروتين بخلو الغائط من الألبومين الموسوم بالكروم Cr^{51}.

سوء امتصاص الأملاح الصفراوية: ويكشف باختبار النَفَس بالغليكوكولات ^{14}C -glycocholate والذي يكون شاذا في أمراض نهاية اللفائفي والنمو المفرط للجراثيم. وكذلك يكون اختبار $^{75}SeHAT$ شاذا أيضا في أمراض نهاية اللفائفي بينما يكون سويا في حالات النمو المفرط للجراثيم.

سوء امتصاص فيتامين ب$_{12}$: يستطيع اختبار شيلنغ، والذي نستخدم فيه النظائر، التفريق بين فقر الدم الوبيل وأمراض اللفائفي.

شعاعيا: ربما أعطى سوء الامتصاص منظرا شاذا لوجبة المعي الدقيق المتضمنة لـــ: تندف الباريوم، المرور السريع، التضيقات أو التقرحات، الطيّات المخاطية المتوذمة، دلائل جراحة سابقة.

نُسجيات الأمعاء: • يمكن الحصول على الخزعات من المعي الدقيق باستخدام التنظير الداخلي أو باستخدام محفظة كرسبي Crosby. • الضمور الكلي للزغابات: يشاهد في الداء البطني والزرب المداري وسوء التغذية الشديد والاعتلال المعوي المخاطي الغامض والتحسس لحليب البقر أو فول الصويا. • الضمور تحت الكلي (الجلي Subtotal) للزغابات: الداء البطني

المعالج بشكل ناقص، النمو المفرط للجراثيم، التهاب الجلد الحلئي الشكل، الإقفار المعوي، متلازمة زولنجر إليسون. • الشذوذات اللازغابية: داء ويبل (الوجود الإيجابي للبالعات بعد استخدام التلوين براجنة شيف الحمضية الدورية PAS)، داء الجيارديات، داء كرون، اللمفوم، التهاب الأمعاء الشعاعي، توسع الأوعية اللمفية، وفقد البروتين الشحمي بيتا في الدم. • الخزعات المعوية: ربما تطورت في بعض المخابر، بحيث يمكنها تقييم إنظيمات الحافة المفرشاة، واستخدام ذلك في المساعدة في تشخيص سوء الامتصاص الناجم عن عوز هذه الإنظيمات. • الرُشافات العفجية: تسمح بإجراء الدراسات الجرثومية الكمية، وتُجرى في الحالات التي نتوقع وجود نمو مفرط للجراثيم فيها.

سرطانة المعثكلة PANCREATIC CARCINOMA

تمثل الورم الثاني في السبيل المعدي المعوي من حيث الشيوع، وهي مسؤولة عن 5% من الوفيات الناجمة عن السرطان. هناك نمطان رئيسيان: الأورام الخارجية الإفراز وبشكل رئيسي السرطانة الغدية. وبشكل أقل شيوعا: الأورام الصمّاوية كالجزيروم (الورم الجزيري) والورم الغلوكاغوني.
لا تُعرف أسباب سرطان المعثكلة بالضبط، ولكن يُشار لتدخين لفائف التبغ ولالتهاب المعثكلة المزمن وللداء السكري كعوامل متورطة.

اللامح السريرية

الأعراض: ألم شرسوفي ينتشر نحو الخلف (موجود في معظم الحالات)، نقص الوزن، اليرقان في أورام رأس المعثكلة، قهم، قياء. التخليط مميز للأورام الجزيرية النادرة بسبب نقص سكر الدم.

العلامات: إسهال دهني، مرارة محسوسة (قانون كورفوازيه) وأحيانا التهاب الوريد الخثاري الهاجر. ربما حدث طفح احمراري متنقل نخري انحلالي في الأورام الغلوكاغونية.

الاستقصاءات • تحدث زيادة في الفسفاتاز القلوية والبليروبين في الأورام السادة للقناة الصفراوية الأصلية (CBD). Common bile duct. • ربما وجد خلل في تحمل الغلوكوز أو حتى داء سكري صريح. • ربما زادت مستويات المستضد السرطاني الجنيني عند وجود نقائل كبدية. • يُمثّل التصوير بفائق الصوت والتصوير المقطعي المحوسب الاختبارين الأكثر فائدة في تحديد وجود كتلة في المعثكلة و/أو توسع القناة الصفراوية الأصلية. • تصوير الأوعية الصفراوية والمعثكلية التنظيري الرجوعي ERCP: ربما حدّد وجود تضيق في القناة الصفراوية الأصلية أو القناة المعثكلية. • التشخيص النسيجي: يجب إجراؤه بأخذ خزعة الإبرة الدقيقة وتحت توجيه التصوير بفائق الصوت أو التصوير المقطعي المحوسب.

التدبير يتم الشفاء بالجراحة فقط، والتي لا نستطيع إجراؤها إلا في حالة الأورام الصغيرة الموضعة. وفي مثل هذه الآفات يجب اخذ عملية القطع الجذري للمعثكلة والعفج (عملية ويبل) بعين الاعتبار. لا تكون عمليات القطع شافية في معظم المرضى والذين هم عادة مُسنّون بسبب الانتشار الوضع الباكر. يمكن تلطيف اليرقان والحكة المرافقة له بوضع إستنت (قالب) عبر التضيق في القناة الصفراوية الأصلية وبمساعدة التنظير الداخلي، او بإجراء جراحة تؤمن تحويلا صفراويا مثل عملية الفغر المراري الصائمي. ربما كانت هناك حاجة لإجراء مجازة معوية لتفريج القياء عند إصابة العفج. هناك حاجة لتفريج الألم باستخدام الأفيونات و/او بإحصار الضفيرة البطنية. يبقى استخدام المعالجة الكيميائية مثار جدل. يجب قطع الأورام الصماوية في حال كانت مُوضعة. يفيد استخدام السترِبتوزوتوسين Streptozotocin في تدبير الأورام الجزيرية insulinomas.

الإنذار سيء جدا ونسبة البُقيا لمدة سنة واحدة أقل من 10%.

التهاب المعثكلة PANCREATITIS

يمكن تقسيم التهاب المعثكلة إلى: لتهاب المعثكلة الحاد: والذي يتضمن التهاب المعثكلة الحاد الناكس. والتهاب المعثكلة المزمن: والذي يتضمن التهاب المعثكلة المزمن الناكس. ربما لا يكون التفريق بين هذه المجموعات، وخاصة النمط الناكس، واضحا، ويعتمد على الاستمرارية في شذوذات اختبار وظيفة المعثكلة.

السببيات أسباب التهاب المعثكلة الحاد والمزمن متداخلة (الجدول 4 - 5). إمراضية التهاب المعثكلة غير مفهومة بشكل كامل، ولكن ربما كان تفسير جريان العصارة المعثكلية و/أو جزر الصفراء في القناة المعثكلية مهما. تختلف شدة التلف الحاصل في المعثكلة من التهاب خفيف مترافق مع وذمة إلى نخر نزفي. يؤدي الالتهاب المستمر في التهاب المعثكلة المزمن لحدوث تليف حول القنوات والعنيبات بشكل أولي، وضمن العنيبات في الحالات المتأخرة.

الجدول 4 - 5 : التهاب المعثكلة

الحاد	المزمن
الكحولية	الكحولية
حصيات المرارة	انسداد قناة المعثكلة
الأدوية مثل التيازيدات، ازاثيوبرين، الإستروجين، فروسميد	فرط الدرقية
الرضح	الصباغ الدموي
بعد العمل الجراحي، بعد إجراء ERCP	غامض السبب
سرطانة المعثكلة	وراثي
فرط الدُّريقية	التهاب المعثكلة التكلسي المداري.
الخمج بالحُمات مثل النكاف، كوكساكي، حمة إبشتين بار	

التهاب المعثكلة الحاد ACUTE PANCREATITIS

انظر ص 377

التهاب المعثكلة المزمن CHRONIC PANCREATITIS

مرضٌ شائعٌ نسبيا، ويُشكّل السرف المزمن للكحول السبب الأشيع له. الفيزيولوجيا المرضية لهذا المرض غير مفهومة، ولكن ربما كانت متعلقة بالتغيرات المُحرّضة بالكحول في تركيب العصارة المعثكلية، مما يؤدي لترسب وتشكل سدادة مسدة. يحدث تلف في العنيبة مع تليف يُصيب الألياف العصبية غالبا. تتضمن الأسبابَ الأقل شيوعا لهذا المرض فرط الكلسمية، فرط شحميات الدم، الوراثة.

اللامح السريرية

الأعراض: وأشيعها الألم الشرسوفي، والذي ربما انتشر نحو الخلف، هذا ومن الشائع مصادفة نقص الوزن، الإسهال الدهني، الغثيان، والقياء. كما ويكثر تصادف الداء السكري مع ما يرافقه من عُطاش وبوال في التهاب المعثكلة التكلسي.

العلامات: إيلام بطني مع علامات أخرى قليلة عادة. ربما حدث اليرقان إذا انسدّت القناة الصفراوية الأصلية. قد يؤدي خُثار الوريد الطحالي لضخامة الطحال وفرط ضغط الدم البابي.

الاستقصاءات • زيادة كمية الدسم في الغائط والإسهال الدهني العياني: مؤشرات قوية لأمراض المعثكلة. • قد يثبت مستوى الغلوكوز في الدم وجود داء سكري.
اختبارات وظيفة المعثكلة: ضرورية لإثبات قصور القسم الخارجي الإفراز من المعثكلة. وقد حلت الاختبارات اللاأنبوبية مثل اختبار PABA (باراأمينوحمض البتروات) واختبار البانكريولوريل محل الاختبارات القديمة مثل اختبار وجبة لوند. • صورة البطن البسيطة: ربما أظهرت وجود تكلسات في المعثكلة. يعتبر التصوير بفائق الصوت - وخاصة إذا أُجري بأيد خبيرة إجراء شديد الحساسية ويعتبر، بالإضافة للتفرُّس المقطعي المحوسب، اختبارا مفيدا في نفي سرطان المعثكلة. • تصوير الأوعية الصفراوية والمعثكلية التنظيري الرجوعي ERCP: يُظهر عادة وجود شذوذات في القناة المعثكلية الرئيسية وفي الفروع الجانبية معا، ولكن صور المعثكلة السوية لا تنفي وجود التهاب المعثكلة المزمن.

التدبير ويهدف لتفريج الألم بشكل كاف، وتدبير سوء الامتصاص، وإجراء منابلة قوتية للمحافظة على مدخول حروري كاف، وتخفيف كمية الدهن في الطعام، بالإضافة لإعطاء إنظيمات المعثكلة على شكل مركبات صيدلانية مع الطعام، كما ويهدف للتحكم بالداء السكري. إن الوصول لتفريج كاف للألم صعب، حيث يصبح المرضى عامة معتمدين على الأفيونات، كما ويصبح خطر الانتحار واردا بشدة، فمن الضروري الامتناع المطلق عن الكحول. ينصح بالإجراءات الجراحية لتفريج

الألم طالما فشلت الوسائل الطبية. وتشتمل هذه الإجراءات على قطع للعنكلة القاصي، قطع للعنكلة والعفج، للفاغرة للعنكلية الصائمية. راب للصرّة (مصرة اودي) في حال إصابتها sphincteroplasty.

الإنذار ويعتمد على العمر، وعلى الاستمرارية في تناول الكحول، وعموما يموت 25 - 30% تقريبا خلال 10 سنوات.

التهاب الزائدة APPENDICITIS

ينجم التهاب الزائدة الدودية عادة عن النبيت المعوي السوي normal bowel flora، ومن الشائع أن يُسبَق بانسداد في لمعة الزائدة بنسيج لمفي أو حصاة غائطية.
يؤدي الالتهاب لحدوث وذمة وإقفار في الجدار، والذي قد يؤدي للتموت والانثقاب.
من الشائع مصادفة التهاب الزائدة عند الأطفال والشباب، وهو السبب الأكثر توافرا للجراحة الحادة في تلك الفئة العمرية.

اللامح السريرية

الأعراض: الألم، والذي يبدأ بشكل مميز في ناحية حول السرة نتيجة الالتهاب الحشوي، ومن ثم ينتقل للحفرة الحرقفية اليمنى بسبب وصول الالتهاب للصفاق الجداري. من الشائع مصادفة الغثيان والقياء والقهم وكذلك الإمساك الحديث.

العلامات: حُمى، إيلام في نقطة ماك بورني (عند التقاء الثلث الوحشي مع الثلثين الأنسيين للخط الواصل بين الشوك الحرقفي الأمامي العلوي والسُّرة). يُشير الدفاع والإيلام المرتد لوصول الالتهاب للصفاق الجداري. ربما كان هناك ألم عند فرط التمديد المنفعل للفخذ (علامة العضلة القطنية Psoas)، إيلام عند الفحص المستقيمي (المس الشرجي). ربما تعرّض المغص الحالي بالزائدة المتوضعة بجانب الحالب الأيمن، يشير وجود كتلة في الحفرة الحرقفية اليمنى إلى تشكل خراج.

الاستقصاءات • هناك كثرة البيض عادة وربما كان التصوير بفائق الصوت مفيدا.
• التشخيص سريري بشكل أساسي وهناك عدد كبير من الحالات المندرجة تحت التشخيص التفريقي (الجدول 5 - 5).

التدبير الجراحة للبكرة هي التدبير النظامي.
نعطي في الحالات الخفيفة، أو عند وجود ما يمنع من الجراحة. سوائل وريدية وصادات. ربما أدى هذا التدبير إلى تراجع الالتهاب، ولكن من الضروري إجراء ترصُّد حذر لعلامات التردي أو الانثقاب.
يشير وجود كتلة ثابتة لتشكل خراج نتيجة الانثقاب المحاط بإحكام، ونتيجة التدبير المحافظ، وعندها فإن إجراء الجراحة بشكل متأخر هو التدبير المناسب. يؤدي الانثقاب لنسبة هامة من الوفيات. وربما احتاج انصراف الخراج الزائدي عدة أسابيع.

الجدول 5 - 5 ، التشخيص التفريقي لالتهاب الزائدة	
التشخيص	**الملامح المميزة**
التهاب العقد المساريقية	الدفاع والألم اخف
التهاب اللفائفي الناحي الحاد	إسهال او إمساك
التهاب المثكلة	فرط اميلاز المصل
المغص الكلوي	الحصيات الظليلة للأشعة والبيلة الدموية
الانفتال/الانغلاف	منظر شعاعي مميز
التهاب المرارة	التفرس بـ HIDA
التهاب الكلية والحويضة	الفحص المجهري للبول

سرطانة القولون والمستقيم COLORECTAL CARCINOMA

وتشكل الخباثة الثانية من حيث الشيوع في المملكة المتحدة، وهي في ازدياد مستمر وخاصة في الجانب الأيمن للقولون.

السببيات تتضمن العوامل المسؤولة عنها ما يلي: المُطفِّرات القوتية Mutgens، عوز أضداد المطفرات في القوت، نقص الألياف في القوت. القوت الفقير بالكلسيوم والحموض الصفراوية. المرضى الذين هم في خطر متزايد من الإصابة هم: المرضى المصابون بأمراض الأمعاء الالتهابية (خاصة التهاب القولون التقرحي) المرضى المصابين بسلائل قولونية سابقة أو اورام، وجود قصة لسرطان مبيض أو ثدي، أو عند وجود قصة عائلية لسرطان القولون أو متلازمات داء السلائل العائلي مثل داء السلائل العائلي ومتلازمة غاردنر ومتلازمة توركوت.

الملامح السريرية

الأعراض: انزعاج في البطن، نزف مستقيمي، نقص الوزن، تغير في عادة التغوط.

العلامات: شحوب، كتلة بطنية، كتلة أو قرحة مستقيمية عند الفحص المستقيمي، يرقان.

ربما كان التظاهر حادا بحدوث انسداد أو انثقاب الأمعاء.

الاستقصاءات • الفحص المستقيمي P.R: يظهر وجود كتلة محسوسة في أقل من 50% من الحالات. ولكن تزداد هذه النسبة زيادة كبيرة عند إضافة تنظير السيني بالمنظار الصلب للفحص المستقيمي. • سوف تكشف هذه الاستقصاءات، بالإضافة لوجبة الباريوم، معظم الآفات. • تكون حساسية تنظير السيني عالية جدا عند إجرائه بأيد خبيرة، بالإضافة لكونه يسمح بإثبات التشخيص بالفحص النسيجي. يمكن تحديد وجود أكثر من ورم في 20% من الحالات.

التدبير يعتمد على قد الورم ومدى انتشاره. تصنيف دوك هو التصنيف المعتمد عادة (الجدول 6 - 5). يمكن استئصال الأورام الصغيرة المقتصرة على السلائل باستخدام التنظير الداخلي. تستطب الجراحة في جميع الآفات الأخرى. وحتى في المرحلة D لتصنيف دوك فإن الجراحة التلطيفية تمنع حدوث الانسداد المعوي. ما زالت فائدة المعالجات المساعدة كالمعالجة بالأشعة والمعالجة الكيميائية مثار جدل.

الجدول 6 - 5 : تصنيف سرطانة القولون والمستقيم

تصنيف دوك	الانتشار	النسبة المئوية للبُقيا مدة خمس سنوات
A	محدد حتى الصفيحة العضلية	95
B	عبر الجدار، ولكن لا يصيب العقد اللمفية الناحية	70
C_1	إصابة العقد اللمفية الناحية. القطع تام	35
C_2	إصابة العقد الدانية بالنسبة لخط القطع	15
D	وجود نقائل بعيدة	5

الداء الرتجي DIVERTICULAR DISEASE

وهو الاضطراب البنيوي الأشيع في المعى الغليظ، يصيب 50% من السكان فوق سن الــ 70 سنة تقريبا، ويكون لاأعراضيا عادة ما لم يحدث التهاب الرتج. ويحدث التهاب الرتج كمضاعفة ناجمة عن انسداد عنق الرتج بمادة غائطية.

السببيات يُعتقد، وبشكل كبير، أن عوز الألياف في القوت يؤدي لفرط تنسُّج في كلا العضلات الدائرية والطولانية للقولون، مما يؤدي لفرط التقطع وزيادة الضغط داخل اللمعة، وبالتالي حدوث رتج اندفاعي. يوجد القليل للبرهان على هذه النظرية، وربما كان الكِبَر السوي للأمعاء ذا أهمية.

اللامح السريرية

الأعراض: ينجم جزء كبير منها - إن لم يكن كلّها - عن حدوث التهاب الرتج كمضاعفة، والذي يتظاهر بألم بطني، حمى، غثيان، قياء.

العلامات: إيلام في الحفرة الحرقفية اليسرى ونزف مستقيمي. ربما تشكّل ناسور بين القولون والمثانة يترافق مع بيلة غازية، أو بين المهبل والمعى الدقيق، فيترافق عندها مع ضائعات مهبلية وسوء الامتصاص. ربما تشكّل تضيق في القولون مترافق مع إمساك ومغص، وأخيرا مع قياء.

الاستقصاءات • يُوضع تشخيص الداء الرتجي بعد إجراء حقنة الباريوم. • نفكر بالتهاب الرتج عند حدوث حُمّى أو كثرة البيض أو حدوث ألم عند المصابين بالداء الرتجي. ربما أظهرت

حقنة الباريوم وجود علامات للالتهاب الفعال. يجب نفي سرطان القولون والمستقيم عند وجود نزف مستقيمي أو تضيق. • تنظير القولونات مع الخزعة: مفيد، لكنه ربما صعب الإجراء عندما يكون الرتج عرطلا عند المريض. • تتضمن الأمراض الأخرى التي يتوجب علينا نفيها: التهاب القولون الإقفاري، التهاب القولون التقرحي، داء كرون.

التدبير يخف خطر الإصابة بالتهاب الرتج عند المرضى المصابين بالداء الرتجي باستعمال القوت الغني بالألياف. يتضمن تدبير التهاب الرتج: الراحة في الفراش. سوائل وريدية. صادات. مسكنات. مضادات التشنج. هناك حاجة للتداخل الجراحي في عدد قليل من المرضى. ويستطب عند وجود التهاب الصفاق. تشكُّل ناسور، تشكل خراج حول القولون، نزف مستمر. انسداد معوي. تكرر هجمات التهاب الرتج رغم المعالجة الطبية.

النزف المستقيمي RECTAL BLEEDING

النزف المستقيمي عرض شائع، وربما أخفى وراءه مرضا خطيرا، لذا كان لزاما علينا إجراء الاستقصاءات المناسبة، وعدم اعتباره مجرد عرض للبواسير.

اللامح السريرية يجب ملاحظة إن كان الدم طازجا أم لا، وفيما إذا كان ممزوجا مع الغائط، مما أنه يمكن الاستفادة من هذه المعطيات في معرفة مكان النزف (الجدول 7 - 5).

يعتبر الغائط الحاوي على خيوط من الدم الطازج نموذجيا للنزف من البواسير، وذلك بخلاف امتزاج الدم مع الإسهال والذي يشاهد في التهاب القولون التقرحي.

الجدول 7 - 5 : اللامح السريرية للنزف المستقيمي

النزف البسيط	النزف الغزير
جميع أسباب النزف الغزير	التهاب القولون التقرحي
سرطان القولون والمستقيم	البواسير
التهاب القولون الخمجي	التهاب الرتج
داء كرون	
السلائل (البوليبات)	
التهاب القولون الإقفاري	
التنوه الشرياني الوريدي	
القرحات القولونية الغامضة	

الاستقصاءات • يجب إجراء تنظير السيني لجميع المرضى، حيث يتيح تحديد مصدر النزف الفعال: بواسير، أورام مستقيمية، التهاب القولون التقرحي. • تنظير القولون: هو الاستقصاء الأمثل، رغم كونه صعبا عند وجود نزف فعال، حيث يتيح إثبات تشخيص الآفات نسيجيا، كما في حالات أورام القولون، كما ويتيح معالجة تلك الآفات كمعالجة السلائل باستئصالها، ومعالجة الشوه الشرياني الوريدي باللازر. • تصوير المعى الغليظ بالتباين المزدوج بحقنة الباريوم: يُحدِّد العديد من أسباب نزوف القولون، ولكنه غير مفيد أثناء النزف الفعال. • التصوير الشرياني: ربما كان إجراء ليس بذي قيمة في تحديد الآفات النازفة، وخاصة عند حدوث نزف فعال بسرعة 1 - 2 مل/د. • التصوير بالنوكليد المشع: والذي نستخدم فيه كريات حمرا موسومة شعاعيا، وربما كان هذا الإجراء مفيدا في تحديد موضع النزف الخفي، شريطة ألا يحدث نزف هام أثناء إجراء الاستقصاء.

التدبير يعتمد على السبب، مع الإشارة لضرورة عدم إجراء الاستقصاءات قبل إنعاش المريض بشكل كاف.

داء الحصيات الصفراوية GALLSTONE DISEASE

يكون 20% من النساء و10% من الرجال مصابين بالحصيات الصفراوية حوالي العقد السادس من العمر، وكلما تقدم السن كلما زاد انتشارها، ودوما تكون أشيع عند الإناث منها عند الذكور. في المجتمعات الغربية تؤلف الحصيات الكولسترولية أو الحصيات المزيجة المؤلفة من الكولسترول - الكلسيوم - البليروبين الغالبية العظمى من الحصيات.
الإمراضية غير مفهومة بشكل كامل، ولكن تتضمن العوامل - التي ربما ساهمت في تشكيل الصفراء المكوّنة للحصيات: زيادة محتوى الصفراء من الكولسترول، زيادة المحتوى من الحموض الصفراوية، الركود الصفراوي.
تكون الحصيات لا أعراضية في معظم الحالات، وفقط 10% منها يتظاهر بأعراض بعد مرور 5 سنوات.
الحصيات الصفراوية مسؤولة عن ثلاثة اضطرابات رئيسية: التهاب المرارة، المغص المراري، تحصّي قناة الصفراء.

التهاب المرارة CHOLECYSTITIS

يُعتبر انحشار الحصاة الصفراوية في القناة المرارية Cystic duct أشيع سبب لالتهاب المرارة، بينما تتضمن الأسباب الأقل شيوعا: الخمج الأولي بالسلمونيلة التيفية أو الصَفَر الخراطيني، الرضح، الجراحة، المعالجة الكيميائية، التغذية الكاملة زرقا TPN.

اللامح السريرية

الأعراض: ألم في الربع العلوي الأيمن للبطن، ينتشر غالبا للمنكب الأيمن، غثيان، قياء، حمّى.

العلامات: إيلام في الربع العلوي الأيمن، إيلام مراري يزداد عند الشهيق (علامة مورفي)، المرارة محسوسة عادة، ويظهر اليرقان في عدد قليل من الحالات.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل FBC: توجد كثرة البيض عادة. • صورة البطن البسيطة: تُظهر حصيات ظليلة على الأشعة في عدد قليل من الحالات، وأحيانا نشاهد عروة خفيرة (حارسة) Sentinal loop أو غازا في الشجرة الصفراوية. • التصوير بفائق الصوت: يُظهر وجود حصيات صفراوية وتثخُّنا في المخاطية. • التفرس بالنظائر المشعة (HIPA , PIPIDA) مفيد في تحديد وجود انسداد في القناة المرارية.

المضاعفات دُبيلة، مُوات وانثقاب المرارة، التهاب المعثكلة، خراجات حول الكبد، تقيُّح دم وريد الباب، إنتانمّية.

> **التدبير** يكون داعما بشكل أولي بإعطاء السوائل الوريدية، المسكنات، الصادات كالأموكسيسيلين والتوبراميسين. استئصال المرارة حالما تستقر حالة المريض هي المعالجة المختارة، رغم ان وقت إجراء الجراحة، أي القيام باستئصال المرارة، بشكل باكر او متاخر هو مثال جدل، ويعتمد على حالة المرضى وعمرهم. ربما استطب فتح المرارة Cholecystotomy عن طريق الجلد عند المرضى المصابين بشدة.

المغص المراري BILIARY COLIC

ينجم عادة عن انحشار الحصاة في القناة المرارية.

اللامح السريرية

الأعراض: ألم ثابت في منطقة الشرسوف، أو في الربع العلوي الأيمن، والذي يزداد عادة على امتداد 2 - 3 ساعات قبل أن يستقر. يشير الألم المستمر لأكثر من 6 ساعات إلى وجود التهاب في المرارة. الغثيان والقياء شائعان.

الاستقصاءات • التشخيص سريري بشكل أساسي وخاصة بوجود الانتشار الواسع للحصيات. • العديد من المرضى المصابين بحصيات صفراوية وعُسر هضم لا يستفيدون من استئصال المرارة، فالانزعاج البطني عندهم ينجم عن متلازمة الأمعاء الهيوجة (متلازمة الثنية الكبدية). • يدعم الازدياد العابر للبليروبين والفسفاتاز القلوية تشخيص المغص المراري. • التفريسة الومضانية الصفراوية: ربما أظهرت وجود انسداد في القناة المرارية في حال إجرائها (أثناء إحدى الهجمات).

التدبير بإعطاء المسكنات إلى ان تزول الهجمة. يزيد المورفين من الضغط في مصرة اودي ولذا يجب تجنبه. يجرى استئصال المرارة عند المرضى الذين يتحملون الجراحة، بينما تستطب المعالجة الانحلالية (حل الحصيات) عند عدم القدرة على إجراء العمل الجراحي، أو عند رفض المريض لهذا العمل، وتكون هذه المعالجة باستخدام حمض يورسودي اوكسي كوليك مناسبة عندما تكون الحصيات شافة (شفيفة) للأشعة، وقطرها اقل من 1.5 سم، وعندما تكون المرارة وظيفية، ونثبت ذلك بتصوير المرارة الفموي. يحدث الانحلال التام في 30٪ من الحالات تقريبا خلال 12 شهرا.

تحصي قناة الصفراء CHOLEDOCHOLITHIASIS

تنشأ حصيات القناة الصفراوية الأصلية (العامة) بشكل شائع جدا من الحصيات الصفراوية، ولكن ربما تشكلت في القنوات الصفراوية بسبب وجود تضيقات صفراوية أو وجود التهاب بالأوعية الصفراوية المصلّب الأولي أو الثانوي أو بسبب داء كارولي Caroli.

اللامح السريرية قد يكون تحصي قناة الصفراء لاأعراضيا.

الأعراض: مغص مراري، ألم متقطع أو مستمر في الربع العلوي الأيمن، غثيان، قياء.

العلامات: يرقان متموج، إيلام في الربع العلوي الأيمن، ومرارة محسوسة في 15%من الحالات. يشير وجود الحمى والرعدات لالتهاب الأوعية الصفراوية.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل FBC: يظهر كثرة البيض، بينما تظهر اختبارات وظائف الكبد زيادة البليروبين والفسفاتاز القلوية وغاما غلوتاميل ترانسبيبتيداز GT، من غير النادر مصادفة ارتفاع بسيط في الترانس أميناز (ناقلة الأمين). • يكثر تطاول زمن البروترمبين. • صورة البطن البسيطة: ربما أظهرت وجود حصيات شافة للأشعة، أو بشكل نادر وجود غاز في الشجرة القصبية.

• التصوير بفائق الصوت: ربما أظهر توسعا في الشجرة القصبية، لكنه غير حساس في كشف الحصيات في القناة الصفراوية الأصلية CBD والتي تحتاج لكشفها لتصوير الأوعية الصفراوية والمعثكلية التنظيري الرجوعي ERCP أو تصوير الأوعية الصفراوية عبر الكبد خلال الجلد.

الضاعفات التهاب المعثكلة، التهاب الأوعية الصفراوية، إنتانمية، خراجة الكبد، التهاب الأوعية الصفراوية المصلّب الثانوي، تشمع صفراوي.

التدبير إعطاء المسكنات، السوائل الوريدية، الصادات (اموكسيسيلين او توبرامايسين) بشكل اولي. افضل طريقة للتخلص من الحصاة تكون باستخدام الـ ERCP، بضع المصرة، استخلاصها بواسطة شبكة او بالون دورميا Dormia. ربما انحلت او صغر قد الحصيات الكبيرة كيميائيا باستخدام ميتيل - تيرت - بوتيل - إيتر او الأكتانيون الأحادي والتي تعطي عبر انبوب انفي مراري. قد يثبت ان التشذيف الآلي للحصيات عن طريق تفتيتها إجراء بديل مفيد (جيد).

6

أمراض الكبد
Hepatology

***التعداد الدموي الكامل* FBC**: من الشائع حدوث كثرة الكُريّات الكَبْريَّة Macrocytosis في أمراض الكبد المزمنة وخاصة الكحولية المنشأ، كما ويشيع أيضاً انخفاض تعداد الصفيحات بسبب فرط الطحالية.

اختبارات وظائف الكبد: وهي تعكس الخلل في وظائف الكبد أكثر من عكسها لوظائفه. هذا وستتم مناقشتها بشيء من التفصيل في الصفحة (328).

المصليات:

- ضد المستضد السطحي لحمة التهاب الكبد B ‏(Anti HBs Ag): خمج سابق بحمة التهاب الكبد B (البائي).
- ضد المستضد اللبي لحمة التهاب الكبد B ‏(Anti Hbc Ag): خمج حديث بحمة التهاب الكبد B.
- ضد حمة التهاب الكبد A من نمط IgM ‏(IgM anti HAV): خمج حديث بالتهاب الكبد A (الألفي).
- ضد حمة التهاب الكبد D ‏(Anti HDV): خمج سابق بحمة دلتا (الدالي).
- ضد حمة التهاب الكبد C ‏(Anti HCV): خمج سابق بحمة التهاب الكبد C (الجيمي).
- الضِّد المتقدري Anti mitochondrial Ab: يكون إيجابياً عند الغالبية العظمى من مرضى التشمع الصفراوي الأولي.
- العامل المضاد للنواة وضد العضل الأملس ANF and Anti smooth muscle Ab: إيجابي لدى العديد من مرضى التهاب الكبد المزمن الفعال المنيع للذات.

الاختبارات الدموية الأخرى:

- البروتين الجنيني ألفا: يزداد في الكبدومات Hepatomas. • تشاهد مستويات منخفضة من مضاد التربسين ألفا، عند المرضى المتماثلي الزيجوت، والذين يحملون النمط الظاهري Piz أو Pis.
- سيرُولَوبَلزْمين: تكون تراكيزه منخفضة في داء ويلسون. • يكون مستوى الكولسترول عالياً في متلازمة زيف (يترافق هذا الارتفاع مع انحلال الدم وكثرة الكريات البيض) وفي الركود الصفراوي المزمن.
- يشاهد نقص سكر الدم في القصور الكبدي الخاطف وبعض المرضى المصابين بالكبدوم.
- الفيريتين: يرتفع بشكل كبير في داء الصباغ الدموي.

الأشعة: • صورة البطن البسيطة: قد تُظهر وجود غاز في الشجرة الصفراوية بعد بضع المصرة، أو عند المصابين بعلوص الحصاة الصفراوية Gallstone ileus. • التصوير بفائق الصوت: يُعدُّ استقصاء هاماً، يظهر المتن الكبدي وقطر الشجرة الصفراوية. • ERCP: ليس قيماً في استقصاء الشجرة الصفراوية. • PTC: مفيد في استقصاء توسع القنوات

داخل الكبد. • التفرس بالتصوير المقطعي المحوسب: هام في تحديد الآفات ضمن المتن الكبدي. • التصوير الوعائي للشريان الكبدي وللجهاز البابي ضمن الطور الوريدي: ربما كان أساسياً في استقصاء الأورام الكبدية أوفرط الضغط البابي عند المرضى. • يمكن قياس قيم الضغط البابي بواسطة القثطرة الوريدية الكبدية مستخدمين لذلك قثطاراً بالونيا (الضغط الوريدي الكبدي الإسفيني). • خزعة الكبد: نحتاج هذا الإجراء عادة في تشخيص معظم الاضطرابات الكبدية، سواء تم عبر الجلد أو عبر تنظير الكبد. ربما اتّبعنا الطريق الوداجي في الحصول على خزعة الكبد في حال وجود اعتلال تخثري أو حبن، وذلك للإقلال من خطورة النزف. • التنظير الهضمي: ذو قيمة في تحديد الدوالي المعدية المريئية والاعتلال المعدي البوابي.

التهاب الكبد الحموي الحاد ACUTE VIRAL HEPATITIS

التهاب الكبد الحموي الحاد التهابٌ شائع، ربما كان مُسبباً عن مجموعة مختلفة من الحمات، أشهرها التهاب الكبد بالحمة A أو الحمة B أو الحمة (لا A لا B) أو الحمة دلتا أو حُمة إبشتين بار. ربما اختلفت الصورة السريرية لكل منها، من
مرض لايرقاني خفيف، إلى قصور كبدي خاطف. قد يصاب المرضى بالتهاب كبد حاد ناجم عن أسباب أخرى، مما يحدونا لنفي هذه الأسباب خاصة عندما تكون نتائج الاختبارات المصلية الحموية سلبية. هذا وتتضمن الأسباب الأخرى: الأدوية مثل التسمم بالباراسيتامول، الإيزونيازيد، ألوبيرينول، الهالوتان، ميثيل دوبا السلفوناميدات، أو داء ويلسون أو التسممات بسموم الأمانيتا أو متلازمة راي (عند الأطفال)، أو اللمفوم أو متلازمة بودكياري.

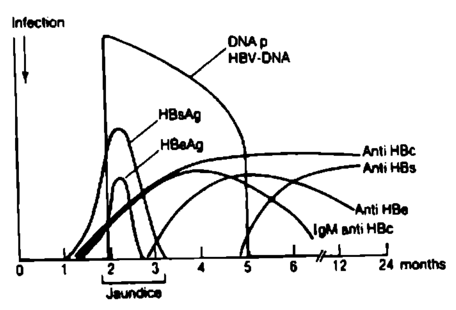
التهاب الكبد بالحمة A (التهاب الكبد الحموي الألفي) HEPATITIS A VIRUS

العامل المسبب (حمة التهاب الكبد A) هي حمة رنوية RNA قطرها 27 - 30 نانومتر، أحادية الطاق. لا يمكن أن يصبح الخمج بالحمة A مزمنا، وتستمر المناعة المقاسة بمعايرات أضداد التهاب الكبد A مدى الحياة عادة. يشخص الخمج الفعال أو الحديث بمعايرة ضد حمة التهاب الكبد A من النمط IgM.

التهاب الكبد بالحمة B (التهاب الكبد الحموي البائي) HEPATITIS B VIRUS

يتألف العامل المسبب (حمة التهاب الكبد B) من بنية مركزية تُدعى جسيم دان Dane مؤلف من مُستضد لبّي HBcAg (المستضد HBeAge هو جزء من المستضد اللبي)، ويوجد ضمن هذا

المستضد اللُّبي بوليمراز الدنا ودنا مزدوج الطاق. يُحيط بالجسيم المركزي ما يُدعى بالمستضد السطحي HBsAg. تم توضيح ظهور مستضدات وأضداد مختلفة خلال الخمج الحاد بحمة التهاب الكبد B في الشكل (1 - 6). تظهر أضداد ما قبل فترة المستضد السطحي Anti-Pre-S- anti bodies بشكل باكر في الخمج. أكثر ما يحدث الخمج بحمة التهاب الكبد البائي B في المملكة المتحدة كمرض زُهَريّ، وعند المدمنين على العقاقير الوريدية الذين يتشاركون بالإبر. هذا وبشكل مدرسي، فإن ظهور اليرقان يلي حدوث الخمج بـــ 2 - 3أشهر، ويترافق هذا اليرقان مع مرض يشبه داء المصل (حُمى وآلام مفصلية). يثبت الخمج الحاد بكشف ضد المستضد اللبي لحمة التهاب الكبد B من النمط IgM، يتحول 10% من المرضى لحملة مزمنين، ويكون ذلك أكثر تواتراً عند الذكور. تبلغ نسبة الحَمَلة المزمنين في سكان المملكة المتحدة 0.1% تقريباً. لا يوجد علاج نوعي لالتهاب الكبد الحاد أو المزمن بالحمة B، ومع ذلك فإنّ الإنترفيرون α يحمل بعض الأمل. يمكن تحقيق الاتقاء (الوقاية) لفترة قصيرة بإعطاء الغلوبلين المناعي لالتهاب الكبد B، ولفترة طويلة بإعطاء لقاحات التهاب الكبد B.



الشكل 1 - 6 التهاب الكبد الحاد الخمجي

التهاب الكبد بالحمة C — HEPATITIS C VIRUS

الفيروس من النمط RNA، قطره حوالي 30 - 60 نانو متر حيث يشبه عائلة الـــ flavirus. له غلاف ليبيدي، محفظة نووية، بروتينات، هيكل RNA وحيد وكبير، تشفير (coding) للبروتينات البنيوية. تتم العدوى عموماً عن طريق الدم أو منتجاته. يحدث التهاب كبد حاد عادة بعد عملية نقل دم ويكون غالبا من الشكل اليرقاني. يتم وضع التشخيص بتحري الأجسام المضادة للفيروس التي تظهر بعد 4 - 6 أشهر من الخمج. حوالي 75% - 50 من المرضى يتطور عندهم التهاب كبد مزمن. يشكل حملة الفيروس حوالي 0.5 - 1 % من تعداد السكان في المملكة المتحدة. حاليا لا يوجد لقاح ضد الفيروس.

التهاب الكبد بالحمة D (العامل دلتا) (التهاب الكبد الحموي الدالي)

HEPATITIS D VIRUS

العامل المسبب هو حُمة ناقصة defective تحتاج لخمج متزامن بحمة التهاب الكبد HBV B لتصبح مَرَضية عند الإنسان. تندر الإصابة بهذا النوع في المملكة المتحدة بينما تشيع في أوروبا الجنوبية. يؤدي الخمج المتزامن بـــ HBV و HDV لحدوث مرض أكثر شدة، مع معدل عال للإصابة بالقصور الكبدي الخاطف. ربما أدى الخمج بـــ HDV عند الحملة المزمنين لـــ HBV لحدوث النكس. يتم تشخيص الخمج الحاد بكشف أضداد دلتا من النمط IgM.

HEPATITIS E VIRUS — التهاب الكبد بالحمة E

الفيروس هنا من النمط DNA تتم العدوى عبر الطريق الهضمي. يتظاهر على شكل انتان تحت سريري أو على شكل التهاب حاد نموذجي ونادراً على شكل تصور كبد صاعق خاصة عند الحوامل. يتم وضع التشخيص عن طريق تحري الأجسام المضادة للفيروس وبشكل أقل عن طريق تحري الفيروس في البراز.

NON-A, NON-B HEPATITIS VIRUSES — التهاب الكبد بالحُمات لا A، لا B

لم يتم تحديد الفيروسات بعد، يعتقد بأنها تسبب التهاب كبد شبيه بالفيروسي والذي من الممكن أن يكون صاعقاً. يعتقد الآن بأن حوالي 50% قد يعود سببه للحمة E.

EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION — الخمج بحُمة إبشتين بار

يؤدي الخمج بهذه الحُمة لحدوث يرقان في 10 - 15% من الحالات، مصحوب بحدوث التهاب بلعوم واعتلال لمفي وضخامة الطحال. يتم إثبات التشخيص بكشف وجود خلايا لماوية لا نموذجية في الدم، ويكون اختبار القبعة Monospat إيجابياً، رغم احتمال كون الاختبار الأخير إيجابياً بشكل كاذب في التهاب الكبد بالحمة A لا يحدث المرض الكبدي المزمن بشكل تالٍ للمخمج بحمة إبشتين بار.

التدبير لا يوجد علاج نوعي. تتضمن الإجراءات الداعمة الراحة في الفراش، الامتناع عن الكحول، قوتاً فقيراً بالدسم غنياً بالسكاكر. تحسّن المعالجة بالستيرويدات من نتائج اختبارات وظائف الكبد لدى العديد من المرضى، لكنها لا تؤثر على سير المرض بشكل حاسم. افضل تدبير هو الوقاية التي تكون بإعطاء الغلوبلينات المناعية واللقاحات، وبتقليل خطر السراية بتقصي كل من المستضد السطحي للحمة B عند المتبرعين بالدم وأضداد المستضد اللبي لحمة B الأجسام المضادة للحمة C، وتقصي للمرضى الذين تكون مستويات ناقلات الأمين في المصل عالية.

يُعرّف التهاب الكبد المزمن على أنه مرض التهابي يصيب الكبد لمدة تتجاوز الستة أشهر. تشتمل أسبابه على:
- الخمج المزمن بحمة التهاب الكبد B.
- التهاب الكبد المزمن الفعال المنيع للذات (ذاتي المناعة، المناعي الذاتي).
- التهاب الكبد المزمن بالحمات لا A، لا B.
- سرف الكحول.
- الأدوية مثل: إيزونيازيد، ميثيل دوبا، نيتروفورانتين.
- أسباب استقلابية: داء ويلسون.

التهاب الكبد المزمن عند حملة حمة التهاب الكبد B
CHRONIC HEPATITIS DUE TO HBV CARRIAGE

تبلغ نسبة المرضى المصابين بخمج حادٍ لالتهاب الكبد B، والذين لا يستطيعون التخلص من الحمة خلال فترة 6 أشهر، 10% تقريباً، وهم من الذكور بشكل خاص

اللامح السريرية يكون العديد من المرضى لاأعراضيين، وقد يشكو البعض، فقط، من مضاعفات التشمع فيما بعد، بينما قد يشكو البعض الآخر من وَسَن، نقص الوزن، ضخامة الكبد.

الاستقصاءات • يمكن تقسيم المرضى اعتماداً على المصليات إلى مرضى الطور التَّنسُّخي Replicative والذي يكون فيه المستضد السطحي +، المستضد e +، بوليمراز الدنا +، ضد المستضد اللبي من النمط IgM +) وإلى مرضى الطور اللاتنسُّخي وفيه (المستضد السطحي +، المستضد e −، بوليمراز الدنا−، ضد المستضد e+، ضد المستضد اللبي من النمط IgM+). يكون مرضى الطور التَّنسُّخي غالباً أعراضيين ومصابين بمرض كبدي أكثر فعالية، بمعنى تكون احتمال إصابتهم بالتهاب الكبد المزمن الفعال أكبر من احتمال إصابتهم بالتهاب الكبد الباقي المزمن. • يجب نفي وجود خمج متراكب بالحمة D.

التدبير الستيرويدات ليست فعالة، ورغم إمكانية تحسن نتائج اختبارات وظائف الكبد، إلا أنها ربما تعزز التنسُّخ الحُموي. ربما كان إعطاء الأدوية المضادة للحمات، وخاصة الإنترفيرون α بجرعة 3 - 5 مليون وحدة تحت الجلد 3 مرات أسبوعياً مفيداً، وخاصة إذا كان للرضى في الطور التنسُّخي للخمج بالحمة B بدون تشمع.

التهاب الكبد المزمن الناتج عن حمل الفيروس C
CHRONIC HEPATITIS DUE TO HCV CARRIAGE

حوالي 50% من حالات التهاب الكبد الحاد الناتج عن الفيروس C يتحولون إلى الإزمان. وهذا يقود في معظم الحالات إلى التهاب كبد مزمن منخفض الدرجة حيث تكون اختبارات وظائف الكبد خفيفة أو متنوعة الشذوذ.

حوالي 20% من الحالات يتطور عندهم تشمع كبد خلال 20 سنة والذي يمكن أن يتطور إلى سرطان الخلية الكبدية. إن الإدمان الكحولي وكذلك الكبر في العمر قد يسرعان في التخرب الكبدي.

المظاهر السريرية **معظم الحالات تكون لا أعراضية، قد نلاحظ وجود مظاهر للتشمع وارتفاع التوتر البابي. مترافقة مع: prophyria cutanea tarda.**

الاستقصاءات • الاختبارات المصلية لكشف الأضداد ضد الحمة C. • الدراسة النسيجية للكبد تساعد على تحديد مرحلة المرض.

التدبير العلاج الوحيد هو الفا انترفيرون 3 مليون وحدة 3 مرات بالأسبوع لمدة 6 اشهر. نسبة الاستجابة 50٪ والشفاء 25٪. الاستجابة للمعالجة تسوء بوجود التشمع والكبر في السن

التهاب الكبد الفعال المزمن المنيع للذات AUTOIMMUNE CHA

[illegible]مس يُصيب النساء الشابات ومتوسطات العمر بشكل نموذجي، يترافق مع الأنماط ال[illegible]ـية HLA A1, B8, DRW3 ومع انخفاض عدد الخلايا التائية T الكابتة. يتظاهر بشكل [illegible]ي عند معظم المرضى، لكن قد يحاكي في تظاهره التهاب الكبد الحموي الحاد.

الملامح السريرية العنكبوت الوعائي، انقطاع الطمث (الضهى)، ضخامة الكبد والطحال، [illegible]ضمن الاضطرابات المرافقة: الداء السكري، قصور الدرقية، الاعتلال المفصلي، فقر الدم الانحلالي والإيجابي لتفاعل كومبز، التهاب الأسناخ التليُّفي، التهاب القولون التقرحي.

الاستقصاءات • المستضد السطحي سلبي • اختبارات وظائف الكبد: تحدث زيادة 5 - 10 أ[illegible]ـعاف في ناقلات الأمين و2 - 5 أضعاف في البليروبين. • تكون أضداد العضل الأملس والعامل المضاد للنواة ANF إيجابية في 70% من الحالات. بينما تكون الأضداد المتقدرية في [illegible]% من الحالات. • النسجيات الكبدية: تُظهر وجود أعداد كبيرة من الخلايا اللمفاوية و[illegible] المسيل البابي مرتشحة ضمن عقيدات الخلايا الكبدية، مع وجود تغيرات شحمية [illegible] يتطور التشمع بسرعة في حال عدم المعالجة.

التدبير يكون بإعطاء البريدنيزلون 30 - 40 مغ يومياً لمدة اسبوع واحد ثم نخفض الجرعة في الشهر التالي إلى جُرعة الصِّيانة 10 مغ/يوم. يجب الاستمرار بتقديم الستيرويدات (و/او آزاثيوبرين) مدة سنتين قبل السحب التدرجي لهما. سوف يبقى 50٪ من المرضى تقريباً في هداة. مع العلم انه يجب إعادة تقديم الستيرويدات في حال النكس.

الإنذار حسَّنت المعالجة بالستيرويدات من البُقيا كثيراً، ومع ذلك فمازال العديد من المرضى يصابون بالتشمع ومضاعفاته كالدوالي النازفة والخبن. يجب تقييم المرضى الشباب الذين يصابون بالقصور الكبدي لدراسة إمكانية اغتراس الكبد.

الداء الكبدي الكحولي ALCOHOLIC LIVER DISEASE

يزداد سرف الكحول في المملكة المتحدة، كما يزداد وقوع التشمع الكحولي أيضاً، والذي يحدث بشكل مستمر بمعدل 10 من كل 100000سنوياً تقريباً. تُقدَّر العتبة التي ربما حدث الداء الكبدي الكحولي عند تجاوزها بـــ 21 وحدة (الوحدة تساوي 10 غ كحول أو 1/2 بانيت بيرة أو قياس واحد من روح الخمر) كل أسبوع عند الرجال و14 وحدة عند النساء.

السببيات يُستقلب الإيتانول في الكبد بواسطة نازعة هيدرجين الكحول بشكل رئيسي، حيث يتحول إلى أسيتالدهيد وشوارد الهيدرجين. يُؤثِّر الأخير على نسبة NAD:NADH في الخلية والتي تؤثر على غشاء الخلية، ويؤدي هذا التأثير، بالإضافة للتأثير السُّمي للأسيتالدهيد، لتلف الخلية. تتأثر الأجهزة الإنظيمية الأخرى مثل جهاز أكسدة الإيتانول في الجُسيم الصغري microsomal ethanol oxidizing system (MEOS) وخصوصاً عند المفرطين في الشراب. تتضمن العوامل الأخرى المسؤولة: الجنس المؤنث، سوء التغذية المرافق، النمط الجيني $HLA\ B_8$ و $HLA\ DW_2$ والاستجابات المناعية ضد المستضدات المُحرِّضة بالكحول.

التصنيف

الكبد الشحمية Fatty liver : وهو الشكل الأخف من الأذية الكبدية، وهو عكوس.

التهاب الكبد الكحولي: المترافق بتلف كبدي خلوي حول الوُرَيدات (المنطقة 3)، هيالين مالوري، ارتشاح خلايا التهابية؛ بينما يشيع حدوث اليرقان، الحُمّى، الخبن.

تصلُّب حول الوريدات مع تلُّيف حول أشباه الجيوب وزيادة الفراء في حيز ديسيه Space of Disse يؤدي للتشمع، قد يرافق التغير الشحمي مما يؤدي لحدوث تَشمع دون التهاب الكبد الكحولي.

...شمع: يمتاز بوجود تليف وتشكل عقيدات، وهو لاعكوس، ويترافق مع فرط الضغط ...الي عادة.

الملامح السريرية

...اض: غثيان، قياء، قهم، حُمّى.

...ات: عنكبوت وعائي، ضخامة الكبد، ضخامة الطحال، حبن، التهاب النكفية، فقر ...م الكبير الكُريّات.

الاستقصاءات • إن وجود سوابق مثبتة لشرب الكحول ضرورية. • يظهر التعداد الدموي ...امل وجود كثرة الكُريّات الكبرية. • اختبارات وظائف الكبد تظهر زيادة في ...سبتيداز غلوتاميل غاما GTP γ، والتي تعكس سرف الإيتانول، وزيادة شاذة في ناقلة ...لامين التي تعكس وجود تلف كبدي خلوي. • توحي النسبة ALT:AST > 2 بوجود ... كحولية. • ارتفاع IgA المصّلي شائع، وربما وجدت أضداد العضل الأملس.

التدبير الامتناع التام عن شرب الكحول هو المعالجة الفعالة الوحيدة. وربما أفاد تحويل المريض للعيادة المسببة في الاستجابة. ربما كانت الستيرويدات القشرية بجرعة 40مغ/يوم مفيدة في معالجة مرضى التهاب الكبد الكحولي المصابين برضكود صفراوي واضح. ولكن يبقى تحسُن البُقيا مجال شك. أظهرت الأدوية المضادة للدرقية فائدة في معالجة التهاب الكبد الكحولي في بعض التجارب.

الإنذار يعتمد على مرحلة المرض، وعلى استمرار تعاطي الكحول. يُقدَّرمعدل الوفيات ...مة عن التهاب الكبد الكحولي بين 25 و60%، بينما يُقدر معدل البقيا لمدة 5 سنوات ... مرضى التشمع الذين يمتنعون عن شرب الكحول بـــ 70% تقريبا مقابل 35%عند ... يستمرون في شرب الكحول. تتضمن الملامح الإنذارية السيئة: النزف من الدوالي، ... اليرقان.

التشمع CIRRHOSIS

...ف تشمع الكبد على إنّه تليّف منتشر وتشكل عقيدات. يصنف إلى تشمع كبير ...ات، حُموي غالبا؛ وتشمع دقيق العقيدات، كحولي غالبا، ويعتمد على قدّ ...ات.

...ببات

... : الخمج بحمة التهاب الكبد B، التهاب الكبد بالحُمّات لا A لا B.

أسباب استقلابية: الكحول، داء الصباغ الدموي، داء ويلسون، عوز مضاد التربسين ألفا 1، الغلاكتوزمية.

أسباب مناعية: التشمع الصفراوي الأولي، التهاب الكبد المزمن الفعّال.

أسباب دوائية: ميتوتركسات، ميثيل دوبا، إيزونيازيد.

أسباب وعائية: متلازمة بودكياري، المرض المُسد للوريد، التهاب التامور المُضيّق.

متفرقات: الغرناوية، الركود الصفراوي المديد، المجازة المعوية.

اللامح السريرية

الأعراض: وسن، حَك .Itch (خاصة بالتشمع الصفراوي الأولي PBC)، تورم الكاحل والبطن.

العلامات: ضخامة الكبد، ضخامة الطحال، كدمات، عنكبوت وعائي، تعجّر الأصابع، حُمامى راحية، التهاب النكفية، يرقان، ضمور الخصية، حبن، تثدي، تساقط شعر الجسم، وبش Leukonychia.



الاستقصاءات يمكن تقسيمها إلى تلك التي تهدف لتحديد السببيات أيّ: • قصة سرف الكحول. • ارتفاع حجم الكرية الوسطى MCV والترانسببتيداز غلوتاميل غاما (GTP) والفيريتين المصلي ومضاد التربسين ألفا 1، والسيرولوبلزمين. • المصليات الحموية: أضداد ذاتية،وتلك التي تهدف لتحديد شدة الإصابة أي: دراسات التخثر، الألبومين، الصفيحات، البليروبين. • التصوير بفائق الصوت (لتحديد قدّ الطحال والكبد ووجود الحبن). • البحث عن الدوالي بالتنظير الداخلي. • قياس الضغط البابي. • تخطيط كهربائية الدماغ للبحث عن الاعتلال الدماغي. • النسجيات الكبدية: نحتاج إليها لإثبات تشخيص وفعالية المرض عادة.

التدبير التشمع داء لاعكوس، ولا يُوجد علاج يعكس العملية للرضية فيه. ونتوجه بالمعالجة نحو أسباب معينة كاستخدام الستيروئيدات في التهاب الكبد المزمن الفعال، والفصد في داء الصباغ الدموي، كما أن الامتناع التام عن الكحول في التشمع الكحولي يوقف تقدم المرض. يجب معالجة مضاعفات التشمع كالحبن، الاعتلال الدماغي، نزف الدوالي بشكل مناسب. ربما قلّل إعطاء البروبرانولول بجرعة 160مغ طويل المفعول LA/يوم من خطر حدوث نزف الدوالي، وهو مستطب عند وجود دوالي ضخمة، وحيث لا توجد ما يمنع من إعطائه. يجب التفكير باغتراس الكبد عند مرضى المراحل النهائية للتشمع.

الإنذار يعتمد على السبب والشدة ، تبلغ نسبة الوفيات خلال 5 سنوات عند مرضى التشمع الكحولي المستمرين بشرب الكحول 65% مقابل 30% عند الذين توقفوا عن الشراب يمكن تقييم الشدة من خلال تصنيف تشيلد Child class (الجدول 1 - 6).

الجدول 1 - 6 : تصنيف تشيلد Child's classification			
الحَرز	1	2	3
اعتلال دماغي	غائب	خفيف	ملحوظ
بليروبين (ميلي مول/لتر)	34 >	50 - 34	50 <
البومين (غ/لتر)	35 <	35 - 28	25 >
زمن البروثرمبين (تطاوله)	4 >	6 - 4	6 <
حبن	غائب	خفيف	ملحوظ
البليروبين (في التشمع الصفراوي الأولي. والتهاب الأوعية الصفراوية المصلب)	68 >	170 - 68	<170
مجموع الأحراز < 7 = تشيلد أ. 7 - 9 تشيلد ب. > 9 تشيلد ج. بقيا تشيلد ج. وهي المجموعة الأسوأ إنذاراً. أقل من 12 شهراً.			

الإنذار يعتمد الإنذار هنا على السبب والشدة. نسبة الوفيات عند المصابين بتشمع الكبد والمستمرين بتناول الكحول حوالي 65% وحوالي 30% عند الذين توقفوا عن الشرب. ... أن نقدر الشدة عن طريق تصنيف تشلد جدول 1 - 6.

التشمع الصفراوي البدئي PRIMARY BILIARY CIRRHOSIS

... مناعي ذاتي يؤدي إلى تخريب الأقنية الصفراوية الموجودة ضمن النسيج الكبدي. ... النساء أكثر (90%) وتكون الإصابة غالبا في العقد الخامس والسادس بعد ... الشائع لزراعة الكبد في المملكة المتحدة.

الملامح السريرية:

... لا أعراضية والتشخيص يوضع عن طريق إجراء اختبارات وظائف الكبد. الأعراض الباكرة تتضمن الحكة المعممة والوَسَن وهذه تسبق عادة اليرقان. غالباً ما ... ضخامة كبدية طحالية وقد نلاحظ لويحات صفراء.

... يترافق مع اعتلالات في النسيج الضام.

الاستقصاءات • ارتفاع الفوسفاتاز القلوية والـ IgM. • الأجسام المضادة للمتقدرات ... في 95% من الحالات قد تتواجد الأجسام المضادة للعضلات الملساء والـ ANA. • الخزعة ... تظهر ارتشاح القنوات البوابية بالخلايا البلازمية واللمفية مع حبيبومات .

التدبير إن مركب الـ Ursodeaxycholic acid جيد في تخفيف الحكة وتحسين اختبارات وظائف الكبد. كما أن الحكة يمكن السيطرة عليها عن طريق مركبة cholestyramine.

... الأهمية بمكان معالجة فرط شحوم الدم وإعطاء الفيتامينات المنحلة بالدسم.

... جدوى من العلاج الطبي والمريض يجب أن يجرى له زراعة كبد عندما يصل البيليروبين إلى 100 ميكرومول/ل.

PRIMARY HAEMOCHROMATOSIS داء الاصطباغ الدموي البدئي

اضطراب صبغي متنحي يحدث فيه حمل زائد للحديد في أعضاء مختلفة خصوصاً الكبد، البنكرياس، القلب. تتمثل الآلية بعدم القدرة على الانقاص من امتصاص الحديد.

المظاهر السريرية المظاهر تكون أقل عند النساء بسبب الدورة الطمثية. تشمل المظاهر: الوَسَن، الألم البطني، الألم المفصلي، ونقصان الشهوة الجنسية. تتضمن العلامات ضخامة كبدية، اصطباغ جلدي، نقصان شعر الجسم، ضخامة طحال، تثدي، ضمور الخصية، حبن، يرقان. من الشائع وجود سكري النمط الأول خاصة عند مرضى التشمع. وأيضاً من الشائع وجود قصور قلب ولانظيمات قلبية.

الاستقصاءات • لـ ferritin المصلي أكبر من 700 ميكروغرام/ل الحديد المصلي أكبر من 35 ميكروغرام/ل. • محتوى الحديد الكبدي أكبر من 400 ميكروغرام/100 ملغ وزن جاف. • تحديد النمط النسيجي HLA لتحديد الخطورة العائلية.

التدبير يكون بالفصادة للنتظمة مبتدءاً ب 500 مل اسبوعياً ثم شهرياً، إلى ان ينخفض الفيرتين المصلي دون 12 ميكروغرام /ل او أن يظهر فقر دم خفيف بعوز الحديد.

الانذار بدون معالجة يحدث الموت خلال 5 سنوات بقصور القلب، قصور الكبد، نزف الدوالي، سرطان الخلية الكبدية. خطورة تشكل سرطان الخلية الكبدية لا تتأثر بالفصاده في حال وجود التشمع.

WILSON'S DISEASE داء ويلسون

اضطراب خلقي في استقلاب النحاس. يتصف بحمل زائد للنحاس من قبل الكبد، انخفاض في مستوى السيرولوبلازمين في البلاسما، افراز عال للنحاس في البول. إن ذلك يؤدي إلى تشمع كبدي والذي يمكن أن يتواجد على شكل قصور كبد حاد أو على شكل اختلاطات للتشمع غالبا مترافقة مع أعراض خارج هرمية للصمل rigidity وانحلال دم. قد يترافق مع حلقة كايزر فليشر وهي توضع بني للنحاس حول حافة القرنية. المعالجة تتم بمركب penicilتarrine وفي الحالات المتقدمة نقوم بزراعة الكبد.

الورم الأشيع في الكبد هو الداء النَّقيلي. يُوجد وَرَمان كبديان رئيسان هما سرطانة الخلية الكبدية Hepatocellular carcinoma وسرطانة الأوعية الصفراوية Cholangiocarcinoma.

HEPATOCELLULAR CAR. سرطانة الخلية الكبدية

هي ورم الخلايا الكبدية، وهي على الأرجح أشيع ورم في العالم، ناجم عن الخمج بحمة التهاب الكبد B المتوطن في الشرق الأقصى.

المسببات الحمل المزمن لحمة التهاب الكبد B، التشمع الناجم عن أيّ سبب وخاصة داء الاصطباغ الدموي، وعوز مضاد التربسين ألفا 1، السموم مثل أفلاتوكسين، الأدوية مثل الحبوب المانعة للحمل والستيرويدات الابتنائية.

الملامح السريرية معدل إصابة الذكور أشيع من معدل إصابة الإناث بـــ 3 مرات، ألم بطني، نقص الوزن، حبن، حُمّى، ضخامة الكبد المترافقة بلَغْط Bruit. تتضمن المتلازمات نظيرة الورمية نقص سكر الدم، كثرة الحمر، فرط الكلسمية، إنتاج موجهات القند المنتبِذ.

الاستقصاءات • ارتفاع مستوى البروتين الجنيني ألفا في 85% من الحالات التي ظهر فيها الورم كمضاعفة، بينما ينخفض عدد الحالات التي يحدث فيها هذا الارتفاع كثيراً في البلاد اللاتشمُّعيّة. • التصوير بفائق الصوت والتصوير المقطعي المحوسب • إجراء خزعة الكبد تحت توجيه منظار جوف البطن أو جهاز فائق الصوت غالباً.

التدبير الاستئصال او اغتراس الكبد هو الأمل الوحيد بالشفاء دوماً. ولكن ولسوء الحظ فإن الانتشار الباكر ووجود التشمع يجعل من ذلك الشفاء صعباً عند معظم المرضى. ربما كانت للمعالجة الكيميائية بالأدرياميسين Adriamacin او بالمشاركة التالية: 5 فلوروسيتوزين 5-Flurocytosine، ميثوتركسات Methotrexate. فنكرستين Vincristine هي الأفضل لكنها ادوية سامة. ربما كان تسريب ادوية للمعالجة الكيميائية في الشريان الكبدي مباشرة او ربط الشريان الكبدي مناسباً في حالات معينة. يحتاج ضبط الألم لإعطاء الأفيونات و/او إحصار الضفيرة الجوفية.

CHOLANGIOCARCINOMA سرطانة الأوعية الصفراوية

هي ورم الشجرة الصفراوية، وهو أقل شيوعاً بكثير.

المسببات تتضمن العوامل: ثيروترست Thorotrust (وهو وسط تباين مُطلق)، الحصيات الصفراوية، الاحتشار بمُتفرع الخصية الصِّينيّ.

اللامح السريرية مشابهة لتلك في سرطانة الخلية الكبدية رغم أنّ الأورام المركزية تتظاهر باليرقان باكراً.

الاستقصاءات (كما في سرطانة الخلية الكبدية).

التدبير نادراً ما نحتاج للاستئصال أو لاغتراس الكبد بسبب حدوث الانتشار عبر الأوعية اللمفية بشكل مبكر. يمكن تلطيف اليرقان أو الحكة بإجراء مجازة جراحية. أو بغرز إستنت (قالب Stent) عبر إجراء التنظير الداخلي أو عبر الجلد.

قصور الكبد الحاد أو الخاطف ACUTE OR FULMINANT HEPATIC FAILURE

انظر ص 379

الدوالي المريئية OESOPHAGEAL VARICES

انظر ص 380

الاعتلال الدماغي ENCEPHALOPATHY

متلازمة عصبية نفسية يحدث فيها تغيرات في الذكاء والسلوك مع انخفاض مستوى الوعي عند المرضى المصابين بمرض كبدي حاد أو مزمن. يحدث في حالات قصور الكبد الخاطف، حيث يشيع حدوث الترقي إلى السبات والوذمة المخّية والموت، وكما يحدث عند مرضى التحويلات البابية المجموعية كحصيلة لمرض الكبد المزمن عادة.

السببيات يعتقد بأن بعض المواد المُشتقة من تحطم البروتين في الأمعاء تمتص وتصل الدماغ، إمّا بسبب وجود تحويلة حول الكبد، أو بسبب عدم قدرة الكبد على استخلاصها. الطبيعة الدقيقة لتلك المادة غير معروفة، لكن يعتقد باستمرار أن النواقل العصبية الكاذبة المشتقة من الحموض الأمينية العطرية هي الأكثر احتمالاً.

اللامح السريرية يحدث في قصور الكبد الحاد ترق من التخليط (المرحلة I)، إلى النعاس (مرحلة II و III) وصولاً إلى السبات (درجة IV). يُعدّ النتن الكبدي Fetor hepaticus والرعاش الخفاق Flapping Tremor (اللا ثباتية) وفرط المنعكسات ملامح مميزة. تتماشى

الحالة بشكل متواز مع وظيفة الكبد المستبطنة. يتطور في مرض الكبد المزمن اعتلال دماغي، بالإضافة لبعض المضاعفات، كالنزف المعدي المعوي، الخمج، نقص البوتاسمية، ارتفاع مدخول البوتاسيوم، الإمساك، الأدوية المركنة عادة. يمكن كشف الشذوذات في الحالات الخفيفة بملاحظة الأداء الضعيف عند وصل أرقام مبعثرة متعاقبة (اختبارات وصل الأرقام) واللاأدائية البنائية مثل رسم نجم خماسي. من غير المعتاد الترقي إلى السبات.

الاستقصاءات التشخيص سريري لدرجة كبيرة، ولكن يمكن إثباته بتخطيط كهربائية الدماغ والذي يظهر بطء النظم α، زيادة فعالية β، موجات بطيئة عالية الفولتاج.

التدبير تتجه معالجة قصور الكبد الحاد نحو دعم المريض ريثما يشفى الكبد. ربما قلد نقص سكر الدم الاعتلال الدماغي عند هؤلاء المرضى، لذا يجب تجنبه بالمناظرة الدقيقة لتركيز الغلوكوز في الدم. من الضروري تحديد وتصحيح المضاعفة المستبطنة كالإنتان، نزف الدوالي، عدم توازن الكهارل عند المصابين بمرض الكبد المزمن. تشتمل الإجراءات الإضافية على تقليل مدخول البروتين، تقليل حجم الغائط بإعطاء اللاكتولوز (20 مل ثلاث مرات يومياً) وإجراء الحقن Enemas. ويبقى استعمال الحموض الأمينية المتفرعة السلسلة والقوت البروتين النباتي والبروموكربتين مثار جدل، ولا ينصح بها في الممارسة السريرية العامة.

الحبن ASCITES

يمكن أن يتواجد سائل حر فائض في جوف الصفاق في عدد كبير من الحالات والتي تتضمن: التشمع، خباثات داخل البطن، المتلازمة الكلائية، متلازمة ميغ، التهاب التامور المضيِّق، متلازمة بودكياري، التهاب الصفاق السلي. يجب تمييز انتفاخ البطن بسبب السوائل عن انتفاخه بسبب الشحم، الأرياح، الغائط، الجنين (5F: Fluid , Fat, Flatus, Faeces, Fetus).

الحبن في التشمع

السببيات توجد نظريتان: نظرية فرط الجريان: حيث يحدث فرط السوائل بشكل ثانوي لاحتباس الكلية للملح وفرط الجريان في جوف الصفاق، ونظرية الامتلاء السفلي Underfill: حيث يقود التوسع الوعائي المحيطي لنقص الجريان الدموي الكلوي واحتباس الماء والملح بشكل ثانوي، ثم يحدث فرط جريان في جوف الصفاق بسبب فرط ضغط الدم البابي. النظرية الأخيرة أكثر قبولاً، وهناك عوامل تفاقم المشكلة كنقص الألبومينمية، فرط الألدسترونية الثانوية، زيادة جريان اللمف للكبد.

الملامح السريرية

الأعراض: انتفاخ البطن، كسب سريع للوزن، وغالباً تورم الكاحل.

العلامات: الأصمية المتراحة (المتنقلة)في الخاصرة في الجانبين، هرير السوائل Thrill، وربما وجدت السمات الأخرى لمرض الكبد المزمن.

الاستقصاءات • التصوير بفائق الصوت مفيد بشكل خاص في إثبات التشخيص، وفي تحديد الملامح الأخرى كضخامة الطحال. • يجب بزل 20 مل من سائل البطن من أجل التشخيص عند كل المرضى لتحديد كمية البروتين، نفي وجود خلايا خبيثة وجراثيم، وتحديد تركيز كريات الدم البيض. يُوحي تعداد الكريات البيض > 250/ملم³ (سيادة متعددة الأشكال) بوجود التهاب صفاق جرثومي عفوي بدرجة كبيرة ناجم عن القولونيات بشكل شائع. يزيد وجود أكثر من نمط من الكائنات الحية من احتمال انثقاب الأمعاء.

التدبير يتم بالمقاربة الحكيمة للمريض بدءاً من الراحة في الفراش. إنقاص مدخول الملح (عدم إضافة الملح)، إعطاء سبيرونولاكتون 50 - 100 مغ يومياً. محاولة تخفيف الوزن بمعدل 0.5كغ كل يوم. إذا لم تحصل استجابة اضف سبيرونولاكتون بشكل تدريجي حتى 300 مغ قبل إضافة فروسميد 20 - 40مغ. يجب توخي الحذر عند إعطاء مبيلات العروة خوفاً من تسريع حدوث المتلازمة الكبدية الكلوية التي تترافق بارتفاع الكرياتينين، شح البول، نقص الصودمية.
عندما ينصرف الحبن هناك حاجة لإعطاء جرعات صيانة من سبيرونولاكتون 50 - 200مغ بالإضافة لتحديد مدخول الملح في القوت. (ربما احتاج مرضى الحبن الخبيث جرعات عالية من الفروسميد 80- 120مغ لضبط الحبن). تفشل هذه المقاربة في 10%، وعندها فإنّ بزل البطن العلاجي (5 ل بالإضافة لإعطاء الألبومين الفقير بالملح وريدياً (0.5 2 1 /ل) قد يبدأ الإبالة (إدرار البول). يجب البدء بقوت (حمية) فقير بالملح بمعدل 40 - 60 ميلي مول/يوم. ربما كانت تحويلة لي فين Le Veen (التحويلة الصفاقية الوريدية) هي الطريقة الوحيدة في ضبط الحبن في الحالات العصية. عند التفكير بوجود التهاب الصفاق الجرثومي العفوي من خلال ارتفاع تعداد الكريات البيض في سائل الحبن يجب البدء بإعطاء سيفوروكسيم Cefuroxime 500 مغ 4 مرات يومياً مع ميترونيدازول 500مغ ثلاث مرات يومياً، ثم تبديل الصادات حسب الجراثيم المسببة. وقد اظهر مركب norfloxacin فعالية في الوقاية من التهاب البيريتوان الجرثومي العفوي.

اغتراس الكبد LIVER TRANSPLANTATION

تمّ وضع أكثر من 2000 غريسة كبدية منذ عام 1963. يميز نمطان كبيران: • الاغتراس المثلي المساعد Auxillary homotransplantation حيث يغرس الكبد في مكان منتبذ تاركين الكبد الموجود في مكانه. • الاغتراس التقليدي (الصحيح) Orthotopic transplantation حيث يغرس كبد جديد مكان القديم. الاغتراس الأخير هو الأكثر قبولاً لدرجة كبيرة. الاغتراس الناجح للكبد جهد طبي وجراحي مشترك.

الاستطبابات

عند الأطفال: الرتق الصفراوي، إذا تأخرت الجراحة التصحيحية لما بعد الأشهر 2 - 3 . أخطاء استقلابية خلقية مثل عوز مضاد التربسين ألفا 1، داء ويلسون، تيروزينمية، أدواء خزن الغليكوجين، خباثة الكبد الأولية.

عند البالغين: قصور الكبد تحت الحاد أو الخاطف، مثلاً الناجم عن التهاب الكبد بالحمة B، التشمع في مراحله النهائية الناجم عن التشمع الصفراوي الأولي PBC ، التهاب الكبد المزمن الفعّال، خباثة الكبد الأولية أو الخفية المنشأ.

الانتقاء • سن أقل من 65 سنة، الشريان الكبدي والوريدي البابي سالكان، الوظيفة الكلوية والقلبية الرئوية مُرضيَة، تقبل نفسي للعملية. • الوقت الصحيح: من الضروري إجراء الاغتراس قبل وصول المريض لمرحلة الإنهاك الصحي؛ وجود جراحة سابقة على البطن يجعل الجراحة أكثر صعوبة. • تنميط الـــ HLA ليس ضرورياً. • موانع إجراء الاغتراس: مرض نقيلي، إنتان، نزف حديث من الدوالي، كحولية فعالة.

> **الكبت المناعي**: بريدنيزولون، آزاثيوبرين، سيكلوسبورين، يمكن سحب الدواءين الأولين بمرور الوقت عادةً.

المضاعفات

المبكرة: رفض حاد، خثار وعائي، نزف، إنتان.

المتأخرة: خمج صفراوي، خمج انتهازي، رفض مزمن (متلازمة القناة الصفراوية الزائلة "الغائبة")، رجعة المرض مثل الخباثة.

الإنذار تكون البقيا لمدة 1 سنة بين 60 - 70% عند البالغين و 80% عندالأطفال. مستقبل الاغتراس من أجل الخباثة أسوأ منه من أجل مرض حميد بسبب رجعة المرض. يكون الإنذار أفضل في حالات الاغتراس بسبب قصور الكبد الحاد عند المرضى التي لا يُتوقع بقاؤهم على قيد الحياة، مثل مرضى قصور الكبد الخاطف الناجم عن الحمّات لا A، لا B، التهاب الكبد بالهالوتان، التسمم بالباراسيتامول المصحوب باعتلال خثري عياني أو • بيلون بليروبين >100 ميلي مول/ل، وذلك إذا تم قبل تطور الوذمة المخية.

7

أمراض الكلية
Nephrology

تعتبر القصة المرضية الدقيقة، والفحص إجراءين أساسيين في استقصاء المرضى المتوقع إصابتهم بمرض في الكلية. فقد نكشف قصة سرف المسكنات، أو أمراض مرافقة كفرط ضغط الدم، الداء السكري، اضطرابات النسيج الضّام.

الفحوص الكيميائية الحيوية معايرة اليوريا، الكرياتينين، الكلسيوم، حمض اليوريك، الغلوكوز. مستوى الكرياتينين، وخاصة عند البالغين غير حساس، حيث يمكن للخلل الشديد في وظيفة الكلية أن يترافق مع زيادة طفيفة فقط في مستوى كرياتينين المصل. بينما تعتبر تصفية الكرياتينين أكثر حساسية لكنّها عُرضة لعدم الدقة الناجمة عن جمع البول.

فحص البول إجراء اختبار الشرائط Stick test لتحري البروتين، الدم، الغلوكوز، الكيتونات، الباهاء. الفحص المجهري (الاستجهار)لتحري الجراثيم، كريات الدم البيض، الأسطوانات. يشير وجود تعداد جرثومي أكبر من 100.000/مل لوجود حمج هام في عينة منتصف البول MSU. توجد الأسطوانات الحاوية على كريات الدم الحمر في حالات التهاب كبيبات الكلى ؛ بينما قد تشير الأسطوانات الحبيبية لوجود أذية نبيبية ؛ وتوجد الأسطوانات الشفافة في مرض الكلية المزمن وعند الأشخاص الأسوياء بعد الجهد. يحدث البول الوردي في حالات البيلة الهيموغلوبينية (البيلة الخضابية)، البيلة الميوغلوبينية، البرفرية المتقطعة الحادة، أكل الأصبغة والملونات كجذور الشوندر، السّنامكي، الفينول فتالئين، ولكن تكون اختبارات تحري الخضاب إيجابية في أول مادتين فقط.

فائق الصوت يقيّم قدّ الكلية، ووجود أي توسع في السبيل الكلوي الداني أو المثانة.

الأشعة ربما حدّدت صورة البطن البسيطة قدّ، وشكل وموقع الكليتين بالإضافة للحصيات الظليلة للأشعة والكُلاس الكلوي. يُقيّم تصوير الجهاز البولي الوريدي قدّ الكليتين، وجود انسداد، وإلى حد ما وظيفة الكلية، لكنّه ربما كان ساماً للكلية في القصور الكلوي الحاد والنقيوم (الوَرم النقوي). يستخدم تصوير الحويضة الرُّجوعي في تحديد موقع ودرجة الانسداد الحالي.

تصوير المثانة التّبولي غير قيّم في تقييم الجزر المثاني الحالبي.

التفريسة بالنوكليد المشع **Radionuclide scan** مفيدة في تقييم وظيفة الكلية اللامتناظرة، يتيح التحليل المُحوسب الدّينمي Dynamic computer analysis تقييم التزويد الدموي للكلية بالإضافة لدرجة وسرعة الإفراغ، وهو مفيد بشكل خاص في التمييز بين النخر النبيبي الحاد وبين الإقفار الكلوي في اغتراس الكلية.

خزعة الكلية Renal Biopsy إجراء أساسي في تأكيد التشخيص عندما لا يكون جلياً. وعندما يكون قدّ الكلية سوياً، لكنّه يحمل بنسبة 1% خطر حدوث مضاعفات خطيرة كالنزف. زاد الفحص المجهري الالكتروني والكيمياء النسيجية المناعية من الحساسية

التشخيصية لخزعة الكلية لدرجة كبيرة. تكون قيمة خزعة الكلية محدودة عندما تكون الكليتان منكمشتين صغيرتين في الجانبين، حيث التدبير الفعال غير وارد.

التصوير الوعائي الكلوي: هام في إظهار اعتلال الأوعية الكلوية. فعندما نشخص تضيّق في الشريان الكلوي فإن رأب الشريان قد يكون شافياً.

ACUTE RENAL FAILURE (A. R.F) — القصور الكلوي الحاد

انظر ص 381

POLYCYSTIC RENAL DISEASE — داء الكلية المتعددة الكيسات

ربما ترافق هذا الاضطراب الموروث مع مرض كيسي في الأعضاء الأخرى كالكبد أو المعثكلة. يوجد شكلان رئيسيان: • الشكل المتنحي الجسدي الطفلي. • الشكل السائد الجسدي عند البالغين. تصاب كلا الكليتين بالكيسات، والإصابة قشرية بشكل أولي، يزداد القدّ بمرور الوقت.

اللامح السريرية ألم في الزاوية الكلوية، بيلة دموية، فرط ضغط الدم. يوريمية. ربما كانت الكتل الكلية المتعلقة بالكيسات أو بأورام الكلية محسوسة. قد يؤدي الشوه الوعائي داخل القحف لحدوث لغط أو حادث وعائي مخي (سكتة).

الاستقصاءات • معايرة اليوريا والكهارل. • تصفية الكرياتينين . • تصوير البطن بفائق الصوت، تصوير الجهاز الكلوي الوريدي، وتصوير الحويضة الرجوعي.

التدبير معالجة عرضية. مع معالجة القصور الكلوي بالديال او الاغتراس عند وجود استطباب لذلك. يجب إجراء تقصي للأقارب فوق سن 25 سنة باستخدام تصوير الكلية بفائق الصوت، بالإضافة للاستشارة الوراثية.

الإنذار تتطور المرحلة الأخيرة للقصور الكلوي في الأعمار المتوسطة. ربما نجم الموت عن قصور القلب أو السكتة بالإضافة لليوريمية.

RENAL TUBULAR ACIDOSIS (RTA) — الحماض النبيبي الكلوي.

ينجم عن فشل إفراز الحمض في النُّبيب القاصي، أو امتصاص البيكربونات في النبيب الداني. ربما كان موروثاً أو ثانوياً (الجدول 1 - 7).

الجدول 1 - 7 ، انماط واسباب الحماض النبيبي الكلوي (RTA)

	الحماض النبيبي الكلوي القاصي	الحماض النبيبي الكلوي الداني
النمط	I	II
السبب الأولي	صبغوي جسدي سائد	عائلي
الثانوي امراض كلوية	التهاب الكلية والحويضة كلية إسفنجية لبية موه الكلية كلية مغترسة	للتلازمة الكلائية كلية مغترسة
دوائية	ليتيوم	تتراسيكلين
استقلابية	فرط الكلسمية الداء النشواني فرط غلوبلين الدم الغلوبلين القرّي في الدم	فرط الكلسمية الداء السيستيني الداء التيروزيني (شراز) الداء النشواني
متفرقات	داء النسيج الضام منل التشمع الصفراوي الأولي PBC، الذاب الحمامي المجموعي	التسمم بالمعادن الثقيلة

حصيات الكلية RENAL CALCULI

تصيب حصيات الكلية 1% من السكان، وتحدث عندما تترسب الذوائب في المحاليل، إما بسبب وجود هذه الذوائب بكميات مفرطة، أو أن البول مفرط التركيز. أو بسبب عوز مثبطات التَّبلور، يتألف معظم الحصيات من الكلسيوم (75%)، خليط مغنزيوم فسفات (15%)، يورات (5%).

الملامح السريرية

الأعراض: ربما كانت الحصيات لاأعراضية، خاصة إذا كانت داخل الكلية. ألم قطني، مغص كلوي مع انتشار الألم للمنطقة الأربية، تعرق، غثيان، قياء، شَغَى (عُسر البول) Strangury.

العلامات: قليلة غالباً، بيلة دموية، إيلام قطني، حُمّى عند وجود خمج مرافق.

الاستقصاءات لإثبات وجود الحصاة: • صورة البطن البسيطة (حصيات الكلسيوم وفسفات المغنزيوم عتيمة للأشعة بينما حصيات اليورات شافة للأشعة). • تصوير الكلية بفائق

الصوت. • تصوير الجهاز الكلوي الوريدي IVU. • جمع ونخل (فحص) البول. لتحديد السبب: • قصة تجفاف، مدخول فائض من الكلسيوم، تناول ميلات، معالجة بفيتامين د، مرض معوي أو نقرس، • معايرة اليوريا والكهارل في المصل، كلسيوم البول، باهاء الدم، زرع البول، حمض اليوريك في المصورة، البيكربونات • بيلة السيستين نادرة، لكن يتطلب وجود قصة عائلية للحصيات نفي هذه الحالة بقياس سيستين البول. • تصوير الجهاز الكلوي الوريدي والتصوير بفائق الصوت يُحدِّدان أسباباً كالكلية الإسفنجية اللبية.

التدبير إعطاء المسكنات، يحتاج المرضى للأفيونات كالبيتيدين 100 مغ عضلياً عادة، رغم ان مضادات الالتهاب غير الستيرويدية كالإندوميتاسين 50 مغ ثلاث مرات يومياً أو ديكلوفيناك 50 مغ مرتين/ ثلاث مرات يومياً ربما كانت مفيدة ايضاً.
كما قد يكون إعطاء مضادات التشنج كالبروبانتين 10 مغ مفيدا ايضا. مدخول عالٍ من السوائل مثلاً 250 - 500 مل/ساعة. تعبر معظم الحصيات عفوياً، لكن التداخل ضروري عندما يوجد خمج و/او انسداد.
ربما استخرجت الحصاة في مثل هذه الحالات عن طريق تنظير المثانة باستخدام مسلّة دورميا Dormia اذا كانت الحصاة في الحالب القاصي، بينما هناك حاجة للعمل الجراحي إذا كانت في الحالب الداني او ربما تم تشظيها بواسطة تفتيت الحصاة بفائق الصوت.

الوقاية من الرجعة يجب الانتباه للمدخول الزائد من السوائل وتجنب التحجاف. يجب تعديل القوت عند وجود عامل مساعد كالمدخول الزائد من الكالسيوم.

RENAL TRACT TUMOURS — اورام السبيل الكلوي

RENAL ADENOCARCINOMA — السرطانة الغدية الكلوية (الورم الكلوي)

تنشأ من الظهارة النبيبية، وهي الورم الأشيع عند الذكور في العقد الخامس. تشمل عوامل الخطر: التدخين، الكيسات الكلوية عند المرضى الموضوعين على الديال، داء فون هيبل ليندو.

الملامح السريرية

الأعراض: بيلة دموية، ألم في الخاصرة، حمى، تعب.

العلامات: كتلة محسوسة، فقر الدم أو كثرة الحمر.

الاستقصاءات • تحليل البول • فحوص كيماوية حيوية لتحري فرط الكلسمية • فحوص دموية لتحري فقر الدم أو كثرة الحمر • صورة الصدر البسيطة لتحري النقائل • التصوير الكلوي بفائق الصوت • التصوير الوعائي والتصوير المحوري المحوسب.

التدبير معدل البقيا لمدة 5 سنوات بعد استئصال الكلية هو 70% في حال عدم وجود أدلة على مرض نقيلي. ربما أحدثت المعالجة بالبروجسترون هداة في حال وجود انتشارات. نادراً ما يستطب استئصال نقيلة وحيدة.

أورام الخلية الانتقالية في حويضة الكلية

TRANSITIONAL CELL TUMORS OF RENAL PELVIS

تتضمن عوامل الخطر: التدخين، سرف المسكنات. التظاهر السريري، التشخيص، المعالجة: كل ذلك مشابه للورم الكلوي.

أورام الخلية الانتقالية في المثانة

BLADDER TRANSITIONAL CELL TUMOURS

تكثر هذه الأورام عند الذكور فوق سن الـ 40 سنة. تتضمن عوامل الخطر: التدخين، التعرض للكيماويات الصناعية، المعالجة بسيكلوفسفاميد، الخمج بالمنشقة الدموية.

اللامح السريرية بيلة دموية غير مؤلمة أو أعراض احتباس البول.

الاستقصاءات • الفحص الخلوي للبول وتنظير المثانة.

التدبير يمكن معالجة المرض السطحي بشكل كاف باستئصاله عن طريق التنظير الداخلي مع إجراء متابعة ترصدية. ربما كانت المعالجة الكيماوية داخل المثانة مفيدة. يحتاج المرض المترقي للجراحة والمعالجة الكيميائية.

سرطان الموثة PROSTATIC CANCER

الخباثة الثالثة من حيث الشيوع عند الذكور، تحدث عند البالغين، وربما كانت بطيئة النمو جداً.

اللامح السريرية أعراض الانسداد البولي هي الأشيع، على الرغم من حدوث أعراض ناجمة عن النقائل القاصية للفقرات مثلاً.

الاستقصاءات • الفحص المستقيمي ربما أظهر وجود غدة صخرية مع امحاء الأخدود المتوسط. • ترتفع الفسفاتاز الحامضية في المصل بشكل شائع. • خزعة موثية عبر المستقيم.

التدبير بفرج استئصال للودة عبر الإحليل (TURP) الأعراض للودية.
يخفف إعطاء ستلبسترول Stilboestrol 1 مغ/يوم او الإرذاذ الأنفي بسيرلين Buserelin والذي يكبت تحرر موجهات القند من نمو الورم كما يفعل استئصال الخصية. معالجة شعاعية في حالات انتقائية.

الإنذار يختلف بشدة، من أشهر إلى عدة سنوات.

URINARY TRACT INFECTION (UTI) خمج السبيل البولي

يمكن تقسيم الأخماج التي تصيب السبيل البولي اصطلاحياً إلى: الأخماج التي تصيب الكلية (التهاب الكلية والحويضة) أو التي تصيب المثانة (التهاب المثانة). وهما حدثان ليسا متنافيان (يمكن أن يحدثا معاً) خمج السبيل البولي شائع بشكل خاص، وسوف يتعرض 50% من النساء لأعراض خمج السبيل البولي في وقت ما خلال حياتهن.

الجراثيم المسؤولة: الأمعائيات: مثل أنواع الأمعائيات Enterobacter، الإشريكية القولونية، أنواع الكلبسيلة، أنواع المتقلبة، أنواع السرَّاتيَّة. الزوائف: مثل الزائفة الزنجارية. المكوراتَ الإيجابية الغرام: مثل المكوراتَ المعوية، أنواع العنقودية، العقديات المجموعة G, D, B، العقدية المخضّرة.

جراثيم أخرى: مثل أنواع الجراثيم المصفرة Flavobacterium.

الملامح السريرية

الأعراض: ربما كانت غائبة. عُسر البول شائع، تواتر البيلات، إلحاح البول (إلحاحية)، ... سلس البول، احتباس البول.

العلامات: بيلة دموية، إيلام فوق العانة (التهاب المثانة)أو فوق الزاوية الكلوية (التهاب الكلية والحويضة)وملامح اليوريمية. تحدث ملامح التهاب المثانة دون وجود أدلة على الخمج في المتلازمة الإحليلية.

الاستقصاءات • تحليل البول، الفحص المجهري، الزرع. • البيلة الدموية المجهرية والبيلة البروتينية الهامة. يشير وجود أكثر من 100000كائن حي /مل في عينة منتصف البول الطازجة إلى وجود خمج في السبيل البولي رغم غياب الأعراض، لذا يجب معالجته عند البالغين والأطفال وأثناء الحمل. تحدث بيلة قيحية دون وجود صريح للكائنات الحية في سل الكلية، وفي ... المسكنات. • قياس ضغط الدم. • معايرة مستوى الكهارل والكرياتينين في المصورة. • يجب إجراء صورة الجهاز البولي الوريدي، خاصة، إذا كان الخمج راجعاً، أو ... مرحلة الطفولة. • التغريس النووي الاشعاعي radionuclide scanning لإظهار التندب.

التدبير • اعراضي: الإكثار من شرب السوائل مثلاً 3 - 4 ل/يوم. إعطاء بيكربونات الصوديوم 2 غ 4 مرات/يوم لقلونة البول، وتجنب الجماع.

الصادات: تعطى وفقاً لاختبار الحساسية المجرى بعد زرع البول بشكل اساسي. يعطى أموكسيسيلين 250 مغ 3 مرات يومياً، أو بمقدار ظرفين كل ظرف حاوي 3 غ خلال 24 ساعة أو تريميثوبرين 200 Trimethoprin مغ مرتين/يوم لمدة 5 أيام عادة.
تتضمن أسباب فشل الاستجابة على المعالجة أو النكس ما يلي:

عدم إعطاء الجرعة الكاملة من الصادات. عودة الخمج من موضع إنتاني (نتن) كحصاة كلوية أو ورم في المثانة، احتباس البول كما في المثانة العصبية، وجود كائنات حية مقاومة، ضمور الإحليل التالي لسن الضهي.

CHRONIC RENAL FAILURE القصور الكلوي المزمن

يشير للفقد التدريجي الدائم لوظيفة الكلية والمؤدي لليوريمية.

المسببات الداء السكري، التهاب كبيبات الكلى، التهاب الكليةوالحويضة، فرط ضغط الدم، حصيات الكلية، الجزر المثاني الحالبي، وانسداد مخرج المثانة، أدواء النسيج الضام، الكلى المتعددة الكيسات، النقيوم، فرط الكلسمية.

اللامح السريرية

الأعراض: حكة، بُوال ليلي، تعدد بيلات، قهم، ضيق النفس، تخليط، اعتلال عصبي، قياء.

العلامات: شحوب، انصبابات جنبوية، التهاب التامور، قصور البطين الأيسر، فرط ضغط الدم، تكدّم، حبن، وذمة محيطية، زيادة التصبُّغ.

الاستقصاءات

الفحوص الكيميائية الحيوية: ارتفاع مستوى اليوريا والكرياتينين، فرط البوتاسمية، نقص الصودمية، فرط الفسفاتية، نقص الكلسمية، حماض استقلابي. • البول: الفحص المجهري للبول والبحث عن أسطوانات، تحليل البول بهدف معايرة البروتين، الثقل النوعي، تصفية الكرياتينين (ربما انخفضت بشكل كبير مع بقاء كرياتينين المصل في حدود السواء خاصة عند البالغين).

الأشعة: صورة بسيطة، التصوير بفائق الصوت لتحديد قدّ الكلية والانسداد المحتمل، إجراء تصوير الحويضة الرجوعي في حال الشكّ بوجود انسداد حالبي. • نفكر بإجراء خزعة الكلية، فقط، في حال كان قدّ الكلية سوياً.

التدبير يجب التفكير بإجراء الديال عند وجود أعراض واحتباس سوائل غير مسيطر عليه. وكان الكرياتنين > 500 ميلي مول/ل أو البيكربونات < 12 ميلي مول/ل أو عند المرضى اللاأعراضيين الذين يكون مستوى البوتاسيوم عندهم > 5 ميلي مول/ل. إما أن نجري ديالاً دموياً أو ديالاً صفاقياً سيرياً مزمناً Chronic ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). يجب تكييف خيارات المعالجة تبعاً لكل مريض. تعتبر جراحة البطن أو الإنتان والدافع الضعيف عند المريض موانع لإجراء الديال الصفاقي السيري المزمن. بينما يعتبر الاعتلال الخثري وحملة التهاب الكبد B والقدرة الضعيفة على تأمين طريق وريدي عوامل تحول دون إجراء الديال الدموي. يجب أخذ أهلية المرضى لاغتراس الكلية الجراحي بعين الاعتبار لتحسين نوعية الحياة.
إجراءات أخرى، ضبط فرط ضغط الدم بإعطاء الميتوبرولول 50- 100مغ/يوم و/أو النيفيديبين 10 - 20 مغ ثلاث مرات يومياً ، إنقاص فرط الفسفاتمية بإعطاء كربونات الكلسيوم بجرعات مُعايرة للوصول بمستوى الفسفات للحدود السوية ، الوقاية من الإصابة بمرض عظمي كلوي بإعطاء 0.25 ميكروغرام/يوم من 1 ألفا الفيتامين د، تجنب الأدوية السامة للكلية كالتتراسيكلين، الأمينوغليكوزيدات والمبيلات الحافظة للبوتاسيوم مثل سبيرونولاكتون واميلوريد. ربما أخرت الأقوات الفقيرة بالبروتين (40غ/يوم) والضبط الجيد لضغط الدم من ترقي القصور الكلوي. هناك حاجة لتحديد مدخول السوائل عند معظم المرضى قبل وبعد الوضع على الديال. يُستطب القوت الفقير بالملح عند بعض المرضى المصابين بفرط ضغط الدم. إعطاء الإريثروبيوتين لتصحيح فقر الدم.

DIALYSIS AND RENAL TRANSPLANTATION الديال واغتراس الكلية

DIALYSIS الديال

الأكثر شيوعاً أن تتم معالجة القصور الكلوي الحاد والمزمن بالديال، الذي يتم فيه تسريب دم المريض عبر غشاء نصف نفوذ، وذلك بالمقابلة مع محلول الديال، وهكذا يتم التخلص من الملح، الماء، الذوائب المنخفضة الوزن الجزيئي كاليوريا. ربما كان الغشاء صنعياً كما في الديال الدموي، أو طبيعياً كما في الديال الصفاقي. يستطب الديال، بالإضافة لمعالجة القصور الكلوي الحاد والمزمن، في معالجة التسمم الشديد بالليثيوم، الأسبرين، الميتانول.

الاستطبابات عندما يحدث فرط حمل الماء، أو فرط البوتاسمية، أو الحماض، أو اليوريمية كمضاعفة للقصور الكلوي، الحاد وعند حدوث أعراض اليوريمية في القصور الكلوي المزمن.

تطبيق الديال الدموي يتم عن طريق ناسور شرياني وريدي كعبري رأسي عادة، رغم إمكانية تطبيق الديال القصير الأمد عن طريق أوردة مركزية كبيرة.
هناك إمكانية تطبيق الارتشاح الدموي، والذي يتم بواسطته استبعاد أحجام كبيرة من السوائل عن طريق أوردة أكثر محيطية. تستمر العديد من تظاهرات القصور الكلوي المزمن كفقر الدم والوسن رغم تطبيق الديال الدموي، مع العلم أن المعالجة بالإريثروبيوتين ربما كانت هامة في المستقبل.

المضاعفات خمج وخُثار الطريق الوعائي، نزف، نقص الضغط، نقص التأكسج، نوب (اختلاجات)، صمّة هوائية، انحلال الدم.

الدّيال الصفاقي الديال الصفاقي المتقطع مفيد في التخلص من السوائل والذوائب، وفي توازن الكهارل في القصور الكلوي الحاد. يعتبر الديال الصفاقي السيريّ المزمن بديلاً فعالاً للديال الدموي في القصور الكلوي الحاد عند المرضى المتعاونين. تشتمل منافعه الرئيسية على التحرر من جهاز الديال وعدم الحاجة للطريق الوعائي. أهم مساوئه حدوث الخمج.

الاغتراس TRANSPLANTATION

يعتبر الاغتراس في الوقت الحاضر بديلاً علاجياً مقبولاً يتيح للمريض العودة لحياة شبه سوية. يجب إجراء مقابلة للـــ HLA و DR بين كلية المعطي (المانح) والآخذ لتقليل خطر الرفض، والذي قد ينخفض بشكل أكبر عند إجراء عمليات نقل الدم قبل الاغتراس. يقارب معدل البقيا لمدة خمس سنوات عندما يكون HLA متماثلاً الـــ 75%. الأدوية الكابتة للمناعة كالبريدنيزولون، آزاثيوبرين، سيكلوسبورين ضرورية لمنع الرفض عادة.

يتم وضع الكلية المغترسة في الحفرة الحرقفية اليمنى عادة، حيث من السهل أخذ خزعة فيما بعد. المضاعفات رفض حاد، خُثار، نخر نبيبي حاد، أخماج انتهازية، انسمام الكلية بالسيكلوسبورين، رفض مزمن، فرط ضغط الدم، زيادة خطر الخباثة مثل اللمفوما.

التهاب كبيبات الكلى GLOMERULONEPHRITIS

يمتاز التهاب كبيبات الكلى ببيلة دموية، بيلة بروتينية، فرط ضغط الدم، وذمة، يوريمية، وغالباً شح البول. يعتقد بأنّه ناجم عن آليات مناعية خلطية. تمّ تمييز عدة أسباب مترافقة مع ملامح سريرية مختلفة.

التهاب كبيبات الكلى التالي للخمج بالعقديات Poststreptococcal GN

أقل شيوعاً في الوقت الحاضر مما كان عليه سابقاً. الأكثر شيوعاً أن يحدث في فترة الطفولة، حيث يتطور بعد 1 - 3 أسابيع من التهاب البلعوم أو خمج الجلد بالعقديات. يوضع التشخيص اعتماداً على إيجابية مسحة الجلد أو الحلق بالنسبة للعقديات الحالة للدم المجموعة b حسب تصنيف لانسفلد، ارتفاع عيار ضد الحالة العقدية O (الستربتولايزين ASO)، انخفاض عنصر المتممة C_3 في المصل، وجود التهاب كبيبات كلى تكاثري منتشر في الخزعة. المعالجة داعمة، تصحيح السوائل وتوازن الكهارل وفرط ضغط الدم، راحة في الفراش بشكل أولي. اقتصار القوت على 40 غ بروتين و100 ميلي مول صوديوم، إعطاء

سيلين إذا كان الخمج بالعقديات ما زال موجوداً. ربما استمرت البيلة الدموية والبيلة البروتينية لمدة 1 - 2 سنة، لكنها نادراً ما تترقى لقصور كلوي مزمن.

التهاب كبيبات الكلى التالي للخمج PostInfective GN

مشابه، لكن أخف غالباً، من التهاب كبيبات الكلى التالي للخمج بالعقديات، ينصرف بعد المعالجة الكافية للخمج المستبطن غالباً.

الجدول 2 - 7 : أسباب المتلازمة الكلائية
مرض كبيبي أولي 75% التهاب كبيبات الكلى الغشائي التهاب كبيبات الكلى ذو التغيرات الصغرى التهاب كبيبات الكلى البؤري التهاب كبيبات الغشائي التكاثري التهاب كبيبات للسرالي الشعري
اخماج التهاب الشغاف الجرثومي تحت الحاد - خمج بحمة التهاب الكبد - البرداء (الشائعة في ارجاء العالم)، مرض الخلية المنجلية، الإفرنجي
استقلابية: الداء السكري - الداء النشواني
أدوية: بنسلامين - ذهب - مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية - كبتوبريل - تولبوتاميد - سرف الأدوية وريدياً
الخباثات: لمفوم - ابيضاض - أورام الثدي والسبيل المعدي المعوي

فرفرية هنوخ - شنلاين Henoch-Schonlein purpura

الأشيع أن يحدث التهاب الأوعية المعمم هذا عند الأطفال، ويمتاز بوجود فرفرية، التهاب كبيبات الكلى، ألم بطني، ألم مفصلي، يزداد IgA في المصل في 50% من الحالات. المعالجة داعمة، وقيمة الستيرويدات غير مُثبتة.

التهاب كبيبات الكلى المترقي بسرعة (السريع الترقي) Rapidly Progressive GN

يمتاز ببداية تدريجية للبيلة البروتينية والبيلة الدموية وقصور الكلية خلال فترة أسابيع أو أشهر. ربما كان السبب ثانوياً للخمج، مثل التهاب الشغاف الجرثومي تحت الحاد والتهاب

الكبد بالحمة B، أو لمرض في النسيج الضام كالذأب الحمامي المجموعي، التهاب الأوعية لغودباستشر، الورام الحبيبي لفغنر، التهاب الشرايين العقد أو الغامض. تظهر خزعة الكلية أهلة من التليّف في محفظة بومان. ترسبات IgG الخطية أو المعقد المناعي في الغشاء القاعدي الكبيبي قد تكون موجودة. تعتمد المعالجة على معالجة المرض المستبطن. ربما كانت فصادة المُصوِّرة، الستيرويدات، العوامل المضادة للتخثر والسامة للخلايا مفيدة في الشكل الغامض عند بعض المرضى.

التهاب كبيبات الكلى الغشائي Membranous GN

يتظاهر ببيلة بروتينية عادة، وبالمتلازمة الكلائية غالباً (بروتين البول > 3 غ/يوم مع وذمة ونقص الألبومينمية <30 غ/ل) (الجدول 2 - 7). لا توجد البيلة الدموية أو فرط ضغط الدم عادة، بينما خُثار الوريد الكلوي مضاعفة شائعة. ربما كانت هناك حالاتٌ مستبطنة كاضطرابات النسيج الضام، ردود أفعال (ارتكاسات) دوائية كالبنسلامين، تكوّن ورم. تظهر خزعة الكلية ترسبات IgG تحت الظهارة مع تثخُّن الغشاء القاعدي. ربما أنقصت الستيرويدات من البيلة البروتينية، ولكن ليس من ترقي المرض، والذي ينتهي بحدوث اليوريمية في 30%من المرضى.

التهاب كبيبات الكلى المسراقي الشعري Mesangiocapillary GN

يصيب المرضى الشباب عادة، ويتظاهر ببيلة دموية، فرط ضغط الدم، انخفاض معدل الترشيح الكبيبي، انخفاض المتممة في المصل، الترقي للقصور الكلوي خلال عدة سنوات. تظهر خزعة الكلية وجود نمطين: النمط I المترافق بترسبات ضخمة تحت الظهارة ؛ والنمط II المترافق بترسبات في الصفيحة الكثيفة للغشاء القاعدي. ربما بطّأت المعالجة بالبريدنيزولون عند المصابين بالتهاب كبيات الكلى المترافق بالذأب الحمامي المجموعي و/أو الاسبرين والديبيريدامول، من الترقي.

التهاب كبيبات الكلى ذو التغيرات الصغرى Minimal change GN

يحدث بشكل شائع عند الأطفال، وهو يسبب 80% من حالات المتلازمة الكلائية، مسؤول عن 30% من حالات المتلازمة الكلائية عند البالغين. تظهر خزعة الكلية وجود كبيبات سوية في المجهر الضوئي، رغم أن المجهر الإلكتروني يظهر وجود التحام بين الخلايا الرِّجلاء Podocytes. لا يُرى ترسب المعقد المناعي. البيلة البروتينية انتقائية والحالة حسّاسة للستيرويدات.

تصلب كبيبات الكلى البؤري Focal glomerulosclerosis

.رض مترق ببطء، يحدث فيه فرط ضغط الدم، بيلة دموية، انخفاض معدل الترشيح الكبي. قد يحدث بشكل تال لالتهاب كبيبات الكلى ذي التغيرات الصغرى، وربما كان ناجما عن الجزر المثاني الحالبي، أو سرف الأدوية وريديا أو الخمج بالحمة المسؤولة عن متلازمة عوز المناعة المكتسب. تظهر خزعة الكلية تليف بعض الكبيبات المجاورة للب. يستجيب 50% تقريبا للستيرويدات.

8

الأمراض العصبية
Neurology

يُعتمد على الفحص السريري الدقيق في فحص الجهاز العصبي أكثر من أيّ جهاز آخر، كما يفيد إجراء المزيد من الاستقصاءات في إثبات أو دحض الشكوك السريرية لحد كبير.

البزل القطني تتضمن الاستطبابات: الشك بالخمج الحاد أو المزمن، الالتهاب النزف تحت العنكبوتي والخباثة. يجب أن يُقاس الضغط ثم يؤخذ السائل الدماغي الشوكي حيث يفحص بالعين المجردة ثم يجرى عليه الاختبارات الكيمائية الحيوية، والخلوية والتحليل الجرثومي. تتضمن الاختلاطات: صداع، الخمج، انفتاق المخيخ (عند المرضى الذين يكون عندهم ارتفاع في الضغط داخل القحف). يجب ألا يجرى البزل القطني قبل إجراء التصوير الطبقي في حالات: التخليط، انخفاض الوعي، علامات عصبية بؤرية، نوبات صرع، خمج موضع، اعتلال تخثري.

التصوير القطعي المحوسب إجراء أساسي في التشخيص الدقيق للورم الدموي تحت الجافية وفوق الجافية، وللأورام داخل القحف، وللوذمة المخيّة، ولضمور وموه الرأس. كما إنه قيم أيضا في تمييز نزف المخ عن احتشائه. ربما أمكن تمييز أمهات الدم المخيّة والأشواه الشريانية الوريدية بعد إجراء التصوير المقطعي المحوسب بعد إعطاء مادة التباين.

تصوير الأوعية ضروري للتشخيص الدقيق لانسدادات الأوعية، للتضيقات، لأمهات الدم ولتحديد التشريح الوعائي للأورام قبل العمل الجراحي. ربما كان دوبلر السباقي مفيداً في تحديد الشذوذات في جريان الدم.

تخطيط كهربائية الدماغ يُستخدم بشكل أولي في تشخيص الصرع ومناظرة اضطرابات الدماغ الاستقلابية مثل الاعتلال الدماغي بالخلأ.

الرنين المغنطيسي النووي **Nuclear magnatic resonance** يستخدم بشكل أساسي في تحديد آفات الحبل النخاعي، الشذوذات عند الموصل القحفي - الفقاري مثل تكهف النخاع، نواحي زوال النُخاعين في التصلب المتعدد.

تصوير النخاع **Myelography** ضروري لتبصُّر القناة الشوكية (النفق الفقري) والحبل النخاعي عند تشخيص انفتاق القرص بين الفقرتين والأورام الشوكية.

الاستجابات المُثارة **Evoked responses** وهي تقيس الفعالية الكهربائية في القشر بعد التنبيه اللمسي والسمعي والبصري. مفيدة في كشف شذوذات في المسالك الحسية، حيث لا يمكن تحديد الآفات البنيوية وفي مناظرة ترقي المرض.

تخطيط كهربائية العضل **Electromyography**: أساسي في تمييز الاعتلالات العصبية عن الاعتلالات العضلية.

قياس مجال البصر **Perimetry**، ***قياس السمع*** **Audiometry**، اختبارات وظيفة التيه Labyrinthine function tests. تستخدم لإثبات وجود، وتقدير مدى القصور العصبي الحسّي.

خزعة الدماغ قليلاً ما تُستطب كما في تشخيص التهاب الدماغ بالحلأ البسيط.

اختبار تنسيلون **Tensilon test** يُحسِّن إعطاء 10 مــغ من الإيدروفونيوم (تنسيلون) وريديا من القدرة لمدة 3- 5 دقائق عند مرضى الوهن العضلي الوبيل، وهو اختبار مفيد تشخيصيا.

الداء المخي الوعائي CEREBROVASCULAR DISEASE

ينجم الحادث المخي الوعائي أو السكتة عن احتشاء إقفاري أو نزف ضمن الدماغ. يصيب 1 - 1000/2 من السكان سنوياً، وهو السبب الثالث للموت من حيث الشيوع. تتضمن عوامل الخطر: فرط ضغط الدم، الداء السكري، التدخين، فرط شحميات الدم، موانع الحمل الفموية، السِّن، الكحول.

المسببات خُثار، صمّة، نزف، التهاب وعائي، نقص التروية.

اللامح السريرية تعتمد على السبب كالخثار أو النزف، وعلى الوعاء المصاب: الخثار أشيع وتتطور الأعراض خلال ساعات وخلال النوم غالباً، بينما يتظاهر نزف المخ فجأة خلال ساعات الاستيقاظ ويترافق بصداع منذر عادة. يُمكن تقسيم السكتات إلى: • سكتة تامّة (بداية سريعة مع قصور دائم). • سكتة في طور التطور (تطور تدريجي). • هجمة إقفارية عابرة (تنصرف الأعراض خلال 24 ساعة بشكل تام). • مرض منتشر مترق (لا يوجد عوارض كبيرة لكن يقود التردّي التدريجي في وظيفة المخ لخرف متعدد الاحتشاءات مترافق مع علامات هرمية في الجانبين).

الاستقصاءات • ضغط الدم (غالباً ما يكون مزداداً بشكل مؤقت بعد السكتة).
• تحليل البولة والشوارد، اختبارات وظائف الكبد، سكر الدم، والكوليسترول.
• الصيغة الدموية الكاملة لاستبعاد فقر الدم، نقص الصفيحات، كثرة الحمر.
• سرعة التثفل. • تحري الخلايا المنجلية عند الزنوج. • التصوير الطبقي لاستبعاد الاعتلالات الداخل قحفية الأخرى ولتمييز الاحتشاء عن النزف. • تخطيط القلب الكهربائي. • ضع بعين الاعتبار زرع الدم، الاختبارات المصلية للسفلس، ايكو القلب، خزعة الشريان الصدغي.
• العامل ضد النواة، العامل الرثوي anticardiolipin antibodies. • دراسة التخثر.

التدبير **تكون في الوحدة المختصة بالسكتة حيث ان ذلك ينقص نسبة الوفيات القصيرة والطويلة الأمد حوالي 20 - 25%.**
الاجراءات العالية تعتمد إعطاء الأسبرين، الهيبارين، حالات الخثرة في حال السكتة الحادة.
يعطى الوارفارين في حال الصحة القلبية. عند وجود اعتلال دماغي بفرط التوتر الشرياني (> 230/130) ووجود نزف دماغي مثبت مع ارتفاع واضح في ضغط الدم. عندها يجب علينا الا نخفض ضغط الدم بشكل حاد رغم انه عامل الخطر طويل الأمد القابل للعلاج الأكثر اهمية في السكتة.

تعطي الأسبرين 300 ملغ/يوم لمرضى السكتة غير النزفية لمنع الحوادث الوعائية الأبعد.
إن استئصال بطانة الشريان السباتي يحسن بشكل ملحوظ البقاء على قيد الحياة عند مرضى الشريان السباتي العرضي مع تضيق اكبر من 75%.
إن إعادة التأهيل هام في تسريع الشفاء.

الإنذار إن تحطم مستوى الوعي واحتشاء الدوران الأمامي الكلي والنزف يشير إلى الموت القريب. يعتبر احتشاء الدوران الأمامي الجزئي والاحتشاء الفجوي Lacunar infarctor واحتشاء الدوران الخلفي ذو انذار أفضل. يحمل احتشاء الدوران الأمامي الجزئي خطورة عالية للنكس الباكر لذلك يتطلب استقصاء سريع وأن نضع بعين الاعتبار استئصال بطانة الشريان السباتي لكي نمنع التأذي أكثر. (انظر الجدول 1 - 8).

الجدول 1 - 8 : الأنماط السريرية للسكتة

النمط	الأسباب	الموجودات السريرية
الاحتشاء الفجوي	الشرايين النافذة الصغيرة للسحايا القاعدية، المحفظة الداخلية، المهاد، الجسر. نادراً الانصمام الوعائي المجهري.	حسي* صرف او حركي* صرف او حسي حركي* او خزل نصفي رنحي.
احتشاء الدوراء الأمامي الكلي	نزف كبير في نصف الكرة المخية او انغلاق الدماغ للتوسط/السباتي الباطن، الانصمام للتكرر.	سوء وظيفة مخية، عجز في الحقل للمائل، عجز حركي حسي على الأقل اثنان من الوجه، الذراع، الرجل.
احتشاء الدوران الأمامي الجزئي	نزف فصي أو احتشاء للنطقة للرتبطة او فرع الشريان للخي للتوسط/الأمامي، الانصمام للتكرر.	اثنان من ثلاثة لاحتشاء الدوران الأمامي الكلي او عجز حسي حركي.
احتشاء الدوران الخلفي	الانصمام الخثري للدوران للخلي الخلفي والقاعدي او الوعائي المجهري.	شلل العصب القحفي على الجانب للمائل مع عجز حسي حركي على الجانب للقابل.

* على الأقل اثنان من الوجه، الذراع، الرجل وإذا كان فقط اثنان كل الطرف يجب ان يتاثر.

النزف تحت العنكبوتي SUBARACHNOID HEAMORRHAGE

انظر ص 382

أورام المخ مسؤولة عن 2% من الوفيات، رغم أنّ الأورام الأولية الخبيثة نسيجياً نادرا ما تعطي نقائل للدماغ. تنجم 50% من أورام الدماغ عن نقائل من مواضع أخرى، 50% منها أورام دبقية، 20% أورام سحائية، 5% أورام عصبية، أورام غدية نخاعية، أورام قحفية بلعومية.

الملامح السريرية إن الطبيعة المترقية للمرض هامة حيث يبدأ المرض ببطء خلال سنوات • خلال أيام تظهر أعراض تحت حادة تتضمن: صداع، تغيرات في الشخصية، عدم استقرار، ضعف، تنميل، صرع، تشوش رؤيا.

العلامات: أذية بؤرية أو غير موضعة ناتجة عن ارتفاع الضغط ضمن القحف، نعاس، شلل المستقيمة الجانبي، زيادة البقع العمياء.

مرّ بالفحص الدليل البدئي مثل: الثدي، الدرقية، البطنية، التناسلية، الكتل المستقيمة، الاعتلال العدي اللمفاوي، العلامات الصدرية، الآفات الجلدية، بطء القلب، وذمة الحليمة (إذا كانت • حيدة الجانب مع وجود ضمور بصري في العين الأخرى فهذا يعني أننا بصدد متلازمة فوستر كيندي)، الرأرأة، منعكس القبض.

الاستقصاءات • التصوير الطبقي مع المادة الظليلة، MRI عند الاشتباه بوجود نقائل فعندها يجب تحري مصدرها بدون إجراء باضع كصورة الصور البسيطة، تصوير البطن والحوض بالأمواج فوق الصوتية، تحري هرمون HCG والمستضد الجنيني السرطاني والالفا فيتوبروتوئين αFP؟ • الفحص الخلوي للسائل الدماغي الشوكي عندما لا يكون هناك دلائل على ارتفاع التوتر داخل القحف. • خزعة لمسية مجسمة Stereoetactic أو خزعة دماغ مفتوحة.

التدبير

الطبية: تعطي للعالجة الكيمائية تحسناً في نسبة البقيا على قيد الحياة باللمفومات. الابيضاضات. اورام الخصية والى مدى اقل في الأورام الدبقية الخبيثة. العلاج ملطف لانقاص اعراض الوذمة الدماغية وارتفاع التوتر داخل القحف.

اعطاء الديكساميثازون 4 ملغ/4 مرات باليوم يظهر تحسناً واضحاً في الأعراض. من الممكن ان نحتاج لاعطاء المانيتول الوريدي 20% بجرعات كبيرة. يمكن ان تستخدم الـ bromocrypline في بعض اورام النخامة حيث يصغر حجمها.

الجراحية، قيّمة في حال سبب الورم علامات بؤرية وانه من المحتمل ان تؤدي العملية الى تخريب في المادة البيضاء خاصة في الأورام السليمة حيث انها قد تحدث الشفاء. وبشكل متزايد يجرى تكون الجراحة ملطفة في الأورام الدبقية والنقائل الوحيدة. يمكن وضع صارفة بطينية بيريتوانية لتخفيف الاماهة الدماغية.

الاشعاعية: تحسن البقيا على قيد الحياة لمعظم الأورام اضافة للجراحة وللعالجة الكيماوية.

أخماج الجهاز العصبي المركزي
CENTRAL NERVOUS SYSTEM INFECTIONS

التهاب السحايا MENINGITIS

انظر ص 382

التهاب الدماغ ENCEPHALITIS

انظر ص 383

الباركنسونية PARKINSONISM

متلازمة سريرية تتصف بوجود بطء باخركة، نقص حركة، رعشة في الراحة، صمل، عدم ثبات بالوضعية.
تتمثل الامراضية بنفاد الدوبامين ضمن العقد القاعدية وهذا النفاد غامض السبب عادة. في ضمور الجهاز المتعدد هناك مظاهر اضافية هرمية، مخيخية، حركات العين، سوء وظيفة ذاتي autononic وهذه انذارها سيء كما أن استجابتها سيئة للمعالجة بالعوامل الدوبامينية.
الأسباب الأقل شيوعاً: الأدوية خاصة phenothiazines، الأورام الدماغية، داء ويلسون، ونادراً التسمم بأول أوكسيد الكربون، الرضوض الرأسية المتكررة، بعد التهاب الدماغ الوسني lethargica.

الظاهر السريرية تحدث عادة عند الأشخاص فوق سن الـ 40 سنة، حيث يظهر عندهم نقص حركة أو بطء وتأخر الحركة التي تأخذ شكل مشية بطيئة نموذجية يحدث فيها جر القدمين. الرعاش بطيء ويحدث في الراحة ويأخذ شكل حركة عد النقود (حبات السبحة) المميزة ويسوء بالشدة والارتباك (الخجل). ينجم الصمل عند الحركة المنفعلة والذي يشبه الدولاب المسنن أو انبوب الرصاص. يحافظ على القدرة بشكل جيد الأعراض تكون مبتدئة بشكل وحيد الجانب.

الاستقصاءات التشخيص يكون سريرياً بشكل أساسي، ويمكن معرفة السبب من القصة كالمعالجة بالأدوية ومعه الفحص.

التشخيص التفريقي نفرق المرض عن الأمراض الأخرى التي تسبب الرعشة مثل: الرعشة الأساسية، الانسمام الدرقي، القلق، الكحولية، أمراض المخيخ، الخرف وقصور الدرق. ومن الممكن أن يسبب بطء الحركة، وربما قلد خَرَفُ التصلب العصيدي مع الشناج ثنائي الجانب الباركنسونية.

التدبير في الحالات الخفيفة نعطي الأدوية المضادة للعوامل الكولينية anticholinergic drugs، amantadine، selegiline. وفي حال ترقي العجز نعطي L dopa مع/او dopamine agonists. للعالجة يجب ان تبدا بجرعات خفيفة ثم ترفع الجرعة وذلك لتجنب او تخفيف الأعراض الجانبية مثل الغثيان والاقياء وانخفاض الضغط. مركب الـ Apomorphine ينقص التموجات fluctuations كما ان للعالجة الفيزيائية وللعالجة الكلامية هامة في الحالات المتقدمة.

الانذار متنوع وبالرغم من أن المعالجة الدوائية تحسن الأعراض فإنها لا تنقص الترقي الأساسي للمرض. كما أن مدى الحياة لا ينقص فعليا في الباركنسونية مجهولة السبب. إن المشاكل المعرفية والنفس عصبية شائعة بالمرض المزمن – وحوالي 20- 30% يتطور عندهم المرض إلى الخرف.

MULTIPLE SCLEROSIS التصلب المتعدد

يصيب هذا الاضطراب الالتهابي المزيل للنخاعين حوالي 1 من كل 1000 من السكان، ويمثل السبب الأكثر شيوعاً للعجز الشديد عند البالغين الصغار في المملكة المتحدة. الأسباب غير معروفة ولكن هناك عوامل خطورة: استيطان المناطق المعتدلة في نصفي الكرة الشمالي والجنوبي، $HLAA_3$, B_7DW_2/DR_2، القصة العائلية للمرض ومن المحتمل أن يكون مناعي ذاتي محرض بالفيروسات.

المظاهر السريرية

الأمراض: مختلفة بشدة، سن البداية يكون بين 20 - 50سنة، وأشيع عند النساء. الالتهاب الدوري من الممكن أن يصل لأي منطقة من الجهاز العصبي المركزي.
يظاهر المرض على شكل إصابة في العصب البصري (ألم على الحركة، تشوش) وفي جذع الدماغ والمخيخ (شفع، دوار، رغ) وفي الحبل الشوكي (ضعف، غل، اضطراب في المصرات). من الشائع وجود التعب. تظهر الأعراض على شكل تحت حاد قبل أن تنصرف جزئيا أو كليا خلال أسابيع، يفاقم الحمام الحار الأعراض الحركية ولو مؤقتا. نموذجياً يمتاز المرض بالسير المتردد الناكس رغم أن 15% يحدث لديهم شكل متفاقم مزمن.

العلامات: نقصان في الحقل البصري، شحوب في القرص البري، رأرأة، عسر كلام، رعاش الانتباه، شناج، فرك المنعكسات.

الاستقصاءات • القصة السريرية المؤلفة من رعشات منتشرة عبر الوقت والمظاهر السريرية غالباً قيمة في التشخيص. • تواجد شرائط قليلة النسيلة من الـ IgG في السائل الدماغي الشوكي وليس بالمصل. • يظهر الـ MRI آفات حول بطينية في 95% من الحالات، لكن هذا المنظر غير نموذجي فوق سن الـ 45 سنة. • قياس السمع المتأخر، الكمونات المحرضة بصرياً وحسياً مفيدة في كشف الشذوذات عندما لا تكون واضحة سريرياً.

> **التدبير** الشفاء غير متيسر حالياً. الجرعة العالية من الستيروئيدات خاصة الـ methylprednisolone الوريدي غالباً ما يقصر مدة وشدة النكس ولكن لا يسيطر على القصة الطبيعية.
> إن معدلات المناعة هي مركبات مقترحة والتي هي الـ azathioprine او cyclophosphamide حيث انها تنقص معدل النكس لكنها سامة جداً بالاستعمال العام. إن مركب B-interferon يعطي املاً ولكنه الآن قيد الدراسة.
> إن للمعالجة العرضية مثل الاقلال من الشناج بالمعالجة الفيزيائية ومركب baclofen هامة في تحسين الوظيفة.

EPILEPSY الصرع

> يُعرّف بأنه اضطراب دوري في الوظيفة العصبية، مع تغيرات في الوعي، تنجم غالباً عن تفريغ كهربائي فائض شاذ ضمن الدماغ. توجد عدة تصانيف، لكن التصنيف الأكثر شيوعاً هو الذي تُقسم النوب Seizures فيه إلى: • نوب معممة أو • نوب جزئية. ربما كانت الأولى مقوية/رمعية (الصرع الكبير)، مقوية أو رمعية وحدها، رمعية عضلية أو مترافقة مع غياب absence (الصرع الصغير). يمكن تقسيم النوب الجزئية إلى نوب جزئية بسيطة (حركية أو حسية) مع بقاء الإدراك، أو جزئية معقدة مع فقد الإدراك، وربما ترقت إلى نوب معممة أو نوب الصرع الكبير.

المسببات تختلف باختلاف العمر:
- الرّضع: نقص التأكسج، اضطرابات استقلابية، حمج.
- اليُفع: رضح، الكحول، أدوية، أورام.
- الكاهلون: أورام، حادث مخي وعائي، استقلابية.

اللامح السريرية

الأعراض: تؤدي النوب المعممة لاضطراب الوعي، يترقى النموذج المدرسي عبر الأطوار المقوي، الرمعي، بعد النوبة Postictal، يحدث توقف الفعالية العقلية في نوب الغياب أو

الصرع الصغير دون إعياء لمدة أقل من 30 ثانية. ربما تظاهر الصرع الصغير على شكل ملامح فيزيائية، أو حسية، أو مستقلة، أو نفسية دون فقدان الوعي. وهذا ربما كان سلوكيا بشكل أولي، وصعب التشخيص في صرع الفص الصدغي.

العلامات: غائبة بين الهجمات غالباً، رغم أن سمات أورام المخ كوذمة الحليمة البصرية قد تكون موجودة، فرط تنسج اللثة بالفينتوين مميز للمعالجة، وحمة حمرية اللون في متلازمة سترغ ويبر، بقع القهوة بحليب في الورام الليفي العصبي، الغدوم الزهمي في التصلب الحدبي. ربما كانت الأدلة على حادث مخي وعائي سابق مع علامات السبيل الطويل واضحة أيضاً.

الاستقصاءات • الاختبارات الكيميائية الحيوية: كمستوى غلوكوز الدم، الكلسيوم، الكحول، اليوريا، المستويات الدوائية للأدوية المضادة للاختلاج، كلها أساسية. التصوير المقطعي المحوسب وتفاريس الرنين المغنطيسي النووي: ربما كانت ضرورية عند من يتوقع إصابته بعجز عصبي بؤري. • ربما زوّد تخطيط كهربائية الدماغ بأدلة على وجود فعالية صرعية، لكن التخطيط السوي لا ينفي التشخيص.

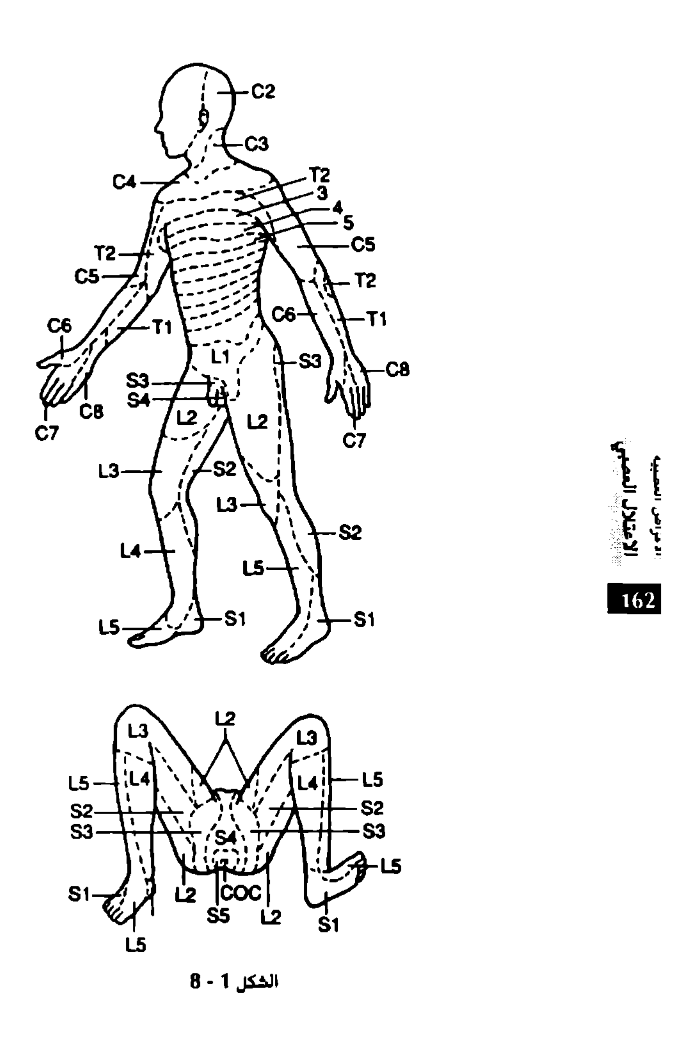
التدبير تستجيب معظم انماط النوب إلى Phenytoin، carbamazepine، valproate. بفضل استخدام مركب الـ valproate في الصرع الرقعي العضلي وفي الداء الصغير. تحدد الشكوى والأعراض الجانبية الدواء الأكثر ملائمة مع المريض مثلاً مركب Phenytoin له ميزة بانه يعطى لمرة واحدة في اليوم لكن نتجنبه في حال كون المريض انثى لأنه يسبب شعرانية. وإن معظم المرضى يمكن السيطرة على الصرع عندهم بمعالجة احادية. هناك مضادات اختلاج جديد فعالة اضيفت لقائمة المعالجة وهي lamotrigine، gabapentin، vigabatrin. يشار إلى الجراحة في حال كون المرض معند على العلاج الطبي.

STATUS EPILEPTICUS الحالة الصرعية (حالة الصرع المستمر)

انظر ص 384

NEUROPATHY الاعتلال العصبي

يمكن تقسيم الاعتلال العصبي إلى: الشذوذات التي تصيب أعصاباً مفردةً (اعتلال عصبي وحيد) أو عدة أعصاب محيطية إما بشكل متناظر (اعتلال عصبي متعدد) أو لا متناظر (التهاب عصب وحيد متعدد الضفائر).



الشكل 1 - 8

الظاهر السريرية :

الأعراض : ضعف، نمل، الم، معص عضلي.

العلامات : تحزُّم، ضياع، ضعف توترية، ضعف منعكسات، اضطراب حسي.

MONONEUROPATHY الاعتلال العصبي الوحيد

الأسباب: الرض، السكري، chronic entrapemtn.

المظاهر السريرية الأعصاب الأكثر اصابة بهذا الاعتلال هي: الناصف، الزندي، الكعبري، الوركي، المأبضي، الوحشي، الظنبوبي. انضغاط العصب الناصف في منطقة المعصم (متلازمة النفق الرسغي) يترافق مع ألم وغمل أكثر ما يحدث في الليل (من الممكن أن يصيب كل اليد وينتشر للذراع والكتف). ضعف في تبعيد الابهام وفقد حس نموذجي. نتبع العلاج المحافظ بواسطة جبيرة المعصم ونلجأ للجراحة عن طريق تحرير الانضغاط عندما تكون العلامات والأعراض مستمرة.

الاستقصاءات بالفحص السريري نستطيع عادة أن نكتشف السبب المستبطن للشذوذ. يثبت تخطيط العضلات الكهربائي موقع العصب المتأذي كما أنه مفيد في تفريق الآفات الحركية والحسية.

MONONEURITIS MULTIPLEX التهاب العصب الوحيد متعدد الضفائر

الأسباب السكري، الكولاجين الوعائي، الكحول، الجذام، الايدز، Borrelia، الخباثة، الساركوئيد، الميل العائلي للشلول الضغطية pressure palsies.

المظاهر السريرية اصابة عصبين أو أكثر من الأعصاب المحيطية.

الاستقصاءات • تحليل : البولة، الشوارد، الكرياتينين، السكر. • تعداد كامل لخلايا الدم، سرعة التثفل. • العامل الرثوي، العامل المضاد للنواة. • صورة الصدر البسيطة. • الاختبارات المصلية للـ Borrelia. • خزعة العصب. • تحري HIV فيروس العوز المناعي. • خزعة الجلد.

POLYNEUROPATHY التهاب الأعصاب العديد

اضطراب أكثر تعمماً في الأعصاب المحيطية، يبدأ بشكل نموذجي في الأجزاء القاصية، معطيا توزيع "القفازات والجوارب"، النموذج الحسي الحركي هو الأشيع، ولكن قد يحدث اعتلال عصبي حركي أو حسي أو مستقل صرف اعتمادا على السبب.
قد يترافق الاعتلال العصبي الحركي الشديد مع قصور تنفسي عصبي عضلي حاد.
الاستقصاءات • تحليل البولة، الشوارد، الكرياتينين، اختبارات وظائف الكبد، السكر. • التعداد الدموي الكامل، سرعة التثفل، فيتامين B12 في البلازما، صورة الصدر الشعاعية porphyrins. • الدراسات العصبية الفيزيولوجية، خزعة الأعصاب. يجب أن نفرقه عن: الاعتلال العضلي، الاعتلال النخاعي، داء العصبون الحركي، تكهف النخاع، الضعف الوظيفي وفرط التهوية.

الجدول 2 - 8 ، أسباب الاعتلال العصبي العديد

حركي	حسي حركي
متلازمة غيلان باريه	سرف الكحول
الحمى الغدية	عوز التيامين أو فيتامين B12
الخناق	السرطان
سموم مثل: التاليوم	السكري
البورفيرية	الداء النشواني
HIV seroconversion	الأدوية مثل الفينتوئين
الاعتلالات العصبية الوراثية	الفنكرستين، الايزونيازيد
التسمم الوشيقي Botulism	سموم مثل الرصاص، الزرنيخ، اضطرابات النسيج الضام
	قصور الدرق
	القصور الكلوي المزمن
	الانتان : الجذام Borrelia

الاعتلال العضلي MYOPATHY

الاضطرابات الأولية للعضلات الهيكلية نادرة، وربما نجمت عن عدد كبير من الأسباب.

المسببات الجدول 3 - 8
يمكن للأسباب الخمجية مثل المكورات العنقودية، العقديات، الكيسانيّة المُذنبه Cysticercosis والمطثية الولشية أن تكون مسؤولة عن عدد قليل من الحالات. يجب نفي اضطرابات النسيج الضام كألم العضلات الرثوي والتهاب الجلد والعضلات.

الملامح السريرية

الأعراض: الأكثر شيوعاً هي التعب، ألم عضلي، معص Cramp.

العلامات: ضمور العضلات الدانية، إيلام وتعب مبكر محرضان بالجهد، ربما وجدت ملامح مرافقة مميزة في حالات معينة مثل صلع جبهي، إطراق، ساد، ضمور العضلة القصية الخشائية، ضمور خصوي (في حثل توتر العضل). يكون فرط التنسُّج في العضلة المصابة واضحاً في حثل دوشين.

الاستقصاءات • القصة الدقيقة، القصة الدوائية والاجتماعية أساسية. • التحاليل الكيميائية الحيوية: مستويات الكلسيوم، البوتاسيوم والمغنزيوم في المصل، بالإضافة لتراكيز الكورتيزون والتيروكسين في المصل. تشير المستويات المرتفعة من كرياتين فسفوكيناز

العضلي لأذية عضلية فعالة. • ترتفع سرعة التثفل بشكل نموذجي في ألم العضلات الرثوي.
• ربما كان تخطيط كهربائية العضل وخزعة العضلات أساسيان في التوصل للسبب الدقيق. ربما كانت خزعة العضلات سوية بطريقة ما في بعض الحالات، بينما يُوجد مرض سريري واضح.

الجدول 3 - 8 : اسباب الاعتلال العضلي	
وراثية	استقلابية
الضمور العضلي التوتري لدوشن وبيكر	الكحول
الضمور العضلي الكتفي اللفافي	الخباثة
ضمور زنار الأطراف	الغدد الصم، الدرقية، نظير الدرق، الكظر.
الشلل المؤقت	الأدوية : مثل Cimetidine، Zidovudine
اللاتصنع الميتوكوندياني (mitochondrial atrophy)	تلين العظام
اضطرابات خزن الغليكوجين والدسم	التهابية : التهاب العضلات العديد، التهاب الجلد والعضلات، التهاب الأوعية.
	خمجية : فيروسية (كوكساكي، ايكو، انفلونزا HIV) نادراً جرثومي طفيلي.

التدبير لا توجد معالجة بالنسبة للضروب الوراثية. وتحتل المشورة الوراثية اهمية كبيرة. ربما ادى تصحيح العيب الاستقلابي او استبعاد الدواء او السُم عند المصابين بأمراض ناجمة عن اسباب مكتسبة كالأسباب الاستقلابية او السُمية لتحسُن سريري سريع. المعالجة بالستيرويدات القشرية فعالة جداً في الم العضلات الرثوي.

الوهن العضلي الوخيم MYASTHENIA GRAVIS

المسؤول عن المرض هو الأجسام المضادة من النمط IgG التي تؤدي إلى فقد مستقبلات الأستيل كولين قبل الشبكية في الوصل العصبي العضلي مسببة منع السيالة العصبية من العبور إلى العضلة. في 60% من الحالات يترافق مع فرط تصنع في التيموس و 10% من الحالات يترافق مع ورم التيموس واضطرابات مناعية أخرى مثل التهاب المفاصل الرثياني، الذأب الحمامي الجهازي، مرض الدرقية.

المظاهر السريرية ضعف عضلي متعب مسبباً: اطراق، شفع، عسر بلع، عسر كلام، تشابك واهن myasthenic snarl عند الابتسام، صعوبة في رفع الرأس، ضعف الأطراف القريبة والبعيدة.

الاستقصاءات التشخيص سريري، يثبت بإيجابية اختبار الـ Tensilon مع تحسن الضعف، الأجسام المضادة لمستقبلات الاستيل كولين، تخطيط العضلات الكهربائي نلاحظ استجابة محددة للتنبيه المتكرر. نتحرى عن الورم الثيموسي بواسطة الـ C.T.

التدبير في الحالات الخفيفة نستطيع ان نسيطر على المرض بواسطة مثبطات الاستيل كولين استيراز مثل (pyriolostigmine alone) لكن في الغالب نعطي كابتات للمناعة مثل (preol nisolone و/او azathioprine). يجب ان نتحرى عن العوامل المسرعة للتدهور مثل الانتان والأدوية عندما تكون الحالة حادة. في الحالات الشديدة نلجا إلى تبديل البلازما حيث ان ذلك مفيداً.
يجب استئصال غدة التيموس عند كل المرضى تحت الـ 45 سنة وعند اللذين يعانون من ورم تيموسي.

MOTOR NEURONE DISEASE داء العصبون الحركي

اضطراب مترقي مجهول السبب يصيب العصبون المحرك العلوي والسفلي. تكون البداية عادة في الكبر ولكن قد تحدث عند البالغين الصغار حيث تحدث الوفاة خلال 6 سنوات في حوالي 50% من الحالات بسبب ذات الرئة التالية للقصور التنفسي واختلاطات عدم الحركة. الذكاء يكون مصاناً.

المظاهر السريرية

الأعراض: غموض الكلام، سيلان لعاب، عسر بلع، تعب، ضعف، فقد المهارة، ألم أطراف (معص، فقد الحركة، شناج)، ضيق النفس.

العلامات: عسر كلام، عسر بلع، ضياع وتحزُّم اللسان مع نفضة الفك jawjerk، ضعف الرقبة، وبشكل مميز نجد ضياع وتحزم مع زيادة في المنعكسات في بعض المجموعات العضلية. الحس طبيعي.

الاستقصاءات التشخيص سريري بشكل أساسي يجرى مع تخطيط العضلات الكهربائي عند وجود تجريد عصبي مزمن واسع. • تحليل السائل الدماغي الشوكي لتقصي الخباثة أو الانتان. • الاختبارات المصلية للافرنجي. • تصوير العمود الرقبي إذا لم يكن هناك اصابة بصلية واضحة.

التدبير المعالجة الجهازية بـ analgesia، quinine، anticholinergics لتقليل المنتجات اللعابية. الجبائر للقومة . الدعم المنزلي، فغر المعدة عبر الجلد للتغذية ولاعطاء مضادات الاكتئاب.

9

أمراض الغدد الصم

Endocrinology

أشيع سبب له في المملكة المتحدة هو المنيع للذات Autoimmune (مرض غريفز) الناجم عن أضداد منبهة لمستقبلة الهرمون المنبه للدرقية (الموجهة الدرقية) TSH، والأقل شيوعاً أن يحدث فرط إنتاج للتيروكسين من عقيدة سُمّية أو ورم غدي درقي. ربما كان السبب في حالات نادرة جداً، هو تناول التيروكسين.

الملامح السريرية نسبة إصابة الإناث للذكور هي 1:5.

الأعراض: تعرق، عدم تحمل الحرارة، انقطاع الطمث (ضهى)، خفقانات، نقص الوزن، زيادة الشهية والقلق.

العلامات: تسرع القلب، رجفان أذيني، جحوظ، تلكؤ الجفن، اعتلال عضلي داني، رعاش رقيق، دُراق (مع لغط أحياناً). توجد وذمة مخاطية حول الحجاج وتعجّر الأصابع في 5% من مرضى غريفز.

الاستقصاءات • معايرة T_3، T_4، TSH في المصل. يعتبر وجود مستويات غير مكتشفة (ضئيلة جداً) من TSH مُشخّص فعلياً، ونادراً ما نحتاج لاختبار تحريض الهرمون المطلق للموجهة الدرقية TRH في الوقت الحالي. • اختبار تحريض TRH مفيد في الحالات الحدّية. • تفرس اليود النظير مفيد في كشف العقيدات السُمية.
• يشير وجود أضداد ذاتية للغدة الدرقية للسببيات المنيعة للذات.

التدبير هناك ثلاثة أشكال للمعالجة:

الأدوية المضادة للدرقية : مثل الكاربيمازول Carbimazole 15 مغ ثلاث مرات يومياً بشكل مبدئي، وتخفض لـ 5 مغ 3 مرات يومياً لمدة 8 - 12 شهراً. أو ثيامازول 5 مغ "عمريت للدواء".
بالإضافة لإعطاء محصرات البيتا: لتفريج الأعراض. يحدث النكس في 70% تقريباً خلال سنتين. وهو أشيع في الدُراقات الضخمة وفي المرض الشديد. التفاعلات غير المرغوبة: الطفح وقلة العدلات شائعة نسبياً.
اليود المشع: تمّ الإحجام عن استخدامه في المملكة المتحدة عند النسوة اللواتي يمكن أن ينجبن. من الشائع حدوث قصور الدرقية بعد المعالجة، يزداد تواتر الإصابة بعد المعالجة بمرور الوقت. بحاجة لترصُّد طويل الأمد. يؤيد بعض المؤلفين إعطاء جرعة كبيرة مع تعويض التيروكسين باكراً.
الجراحة : لا تُجرى إلاّ في حال تمّ ضبط السُمية بالبروبرانولول و/أو كاربيمازول. قصور الدرقية شائع وربما حدث نكس للانسمام الدرقي وربما حدث قصور الدريقية. إصابة العصب البلعومي الراجع نادرة. تتضمن الاستطبابات فشل العلاج الطبي عند الشباب. وفي حالات الدراق الكبيرة المسببة للصرير أو عسر البلع.
المضاعفات خارج الدرقية : أفضل ما يعالج الجحوظ بجرعة عالية من الستيرويدات. وربما كانت هناك حاجة لرفو الجفن Tarsorrhaphy و/أو تخفيف الضغط في الحجاج. تستجيب اللانظميات القلبية وخاصة الرجفان الأذيني بشكل ضعيف للديجوكسين. وهناك حاجة دوماً لمحصرات البيتا.

حالما يصبح المريض سوي الدرقية يجب التفكير بقلب النظم. تحتاج نوبة الانسمام الدُرقي والتي تمتاز بقصور القلب العالي النتاج لمعالجة بالبروبرانولول 80 مغ (يومياً). وبكاربيمازول 60 - 120 مغ، متبوعاً بيود البوتاسيوم 60 مغ يومياً. والديكساميتازون 2 مغ يومياً وتعويض السوائل.

قصور الدرقية HYPOTHYROIDISM

السبب الأشيع في أرجاء العالم هو عوز اليود، أما في المملكة المتحدة فإن المرض المنيع للذات (مرض هاشيموتو إذا ترافق مع دُراق) هو الأشيع، يليه القصور التالي للجر ..، والقصور التالي للمعالجة بـ I[131] .
قصور الدرقية الضموري الأولي، خلل تكون الهرمون، فرط اليود، قصور النخامى لكنها أسباب أقل شيوعاً.

الملامح السريرية

الأعراض: كسب الوزن، عدم تحمل البرد، اكتئاب، تعب، غزارة الطمث، إمساك، بطء الوظيفة العقلية.

العلامات: بطء استرخاء المنعكسات الوترية، وذمة مخاطية (ترسب تحت الجلد لعديد السكريد المخاطي)، فقد الشعر (تساقط الشعر)، صوت أجش، جلد بارد، بطء القلب، بطء الحركة.

الاستقصاءات • انخفاض مستوى T4 مع ارتفاع مستوى TSH يُحدد التشخيص عند الغالبية العظمى. يترافق انخفاض T4 في قصور النخامى مع انخفاض TSH. • تتضمن الشذوذات المرافقة: فرط الكولسترولمية، فقر الدم، مركبات منخفضة الفولطاج على مخطط كهربائية القلب. • الأضداد الذاتية للدرقية موجودة في الضروب المنيعة للذات.

التدبير تعويض لتيروكسين بادئين بجرعة منخفضة مثل 50 ميكروغرام/يوم. ثم زيادتها لـ 100 أو 200 ميكروغرام/يوم. يجب تكييف جرعة التعويض بحيث تنصرف الأعراض ونعيد مستويات TSH للحدود الدنيا من الطبيعي و T4 الحر إلى الحدود العليا الطبيعية. يجب ان تكون جرعة التعويض بطيئة جداً عند مرضى الذبحة. وربما كانت هناك حاجة لإعطاء محصرات البيتا بالمشاركة.

سرطان الدرقية THYROID CANCER

سرطان الغدة الدرقية نادر، لكنّه هام، لأنّ بعض الأنماط حسنة الإنذار إذا عولجت باكراً. الأنماط الرئيسية هي:

الحليمي Papillary (60%): كل المجموعات العمرية، يتظاهر بعقيدة بطيئة النمو، قد يعطي نقائل للعقد اللمفية الرقبية أحيانا.

الجريبي Follicular (20%): شائع في الأعمار المتوسطة، هناك ميل لإعطاء النقائل عبر مجرى الدم للعظام والرئة.

الكشمي Anaplastic (15%): في الأعمار المتقدمة، يتظاهر بشكل كتلة درقية ثابتة سريعة النمو تؤدي لصرير، شلل الحبل الصوتي، نقص الوزن.

اللبي Medullary (5%): يتظاهر على شكل عقيدة وحيدة مترافقة مع انتشار للعقد الرقبية والمنصف غالبا. يترافق حوالي 20% من الحالات مع الأورام الصماوية المتعددة MEN. ربما أفرزت الأورام كلسيتونين أو سيروتونين أو ACTH أو ببتيدات أخرى مسببة إسهالاً معنداً وتوهجاً.

اللمفوم :(1% >) نادر.

الاستقصاءات المرضى أسوياء الدرقية عادة. • يظهر التصوير بفائق الصوت كتلة صلبة ضمن الغدة الدرقية، والتي تكون "باردة" على تفريسة النظير • يتزايد استخدام الرشف بالإبرة الرفيعة بغرض التنميط النسيجي • تكون مستويات الكلسيتونين عالية في السرطان اللبي.

التدبير **الأورام الحليمية والجريبية تعالج باستئصال الدرقية التام عادة. يليه مداواة بالأشعة مع معالجة مُعوِّضة طويلة الأمد ومزيداً من المداواة بالأشعة عند الرجعات. السرطان اللبي ليس حساساً للأشعة ويعالج جراحياً عادة. الأورام الكشمية سيئة الإنذار بغض النظر عن المعالجة.**

DIABETES MELLITUS الداء السكري

يحدث عندما يكون هناك فرط سكر الدم المستمر الناجم عن عوز أو نقص فعالية الأنسولين الداخلي المنشأ. عينة غلوكوز الدم العشوائية >14 ميلي مول/ل مُشخصة، وكذلك الغلوكوز الصيامي >8 ميلي مول/ل، يستطب إعطاء 75 غ لإجراء اختبار تحمل الغلوكوز الفموي (OGTT) في الحالات المشكوك فيها. قيمة غلوكوز الدم >10 ميلي مول/ل بعد ساعتين من تحميل الغلوكوز مشخِّصة للداء السكري (DM). ربما أدّت قيم الغلوكوز المرتفعة بشكل باكر والمساوية لـــ (>7 ميلي مول/ل) بعد ساعتين (منحني المخزون المتلكىء) لحدوث بيلة سكرية، وهذا يحدث في الحالات المترافقة مع إفراغ معدي سريع.

التصنيف النمط I أو الداء السكري المعتمد على الأنسولين: ويتظاهر بشكل شائع عند الشباب على شكل حماض كيتوني. والنمط II أو الداء السكري غير المعتمد على الأنسولين: وهو أكثر تميزا للأشخاص البالغين. هذه المظاهر السريرية ليست عامة على أية حال، فقد لا يحتاج بعض الأطفال السُّكريين للأنسولين، بينما يحتاجه العديد من الأشخاص البالغين.

المسببات على الرغم من بقاء سبب الداء السكري غير واضح، فإنّ السبب المنيع للذات هو المحتمل في النمط I، والتي يفترض أنه يُقدح بخمج حموي، بينما يلعب المركب الوراثي دورا هاما في النمط II وهناك ارتباط قوي مع السمْنَة. العوامل الأخرى والتي ربما حرّضت أو عجّلت من حدوث الداء السُّكري هي: الأدوية مثل الستيرويدات، ثيازيدات، مرض المعثكلة، الكرب أو الجراحة، الاضطرابات الصمّاوية مثل مرض كوشينغ وضخامة النهايات.

الملامح السريرية: تتفاوت بين النمط I والنمط II للداء السكري.

النمطI : نقص الوزن، تجفاف، بيلة كيتونية، قصَر مدة الأعراض، فرط التهوية.

النمطII : سمْنة، كسب الوزن، بداية مخاتلة.

•ملامح شائعة في كلا النمطين: بوال، عُطاش، وسن، دمامل، حكة فرجية، أحماج.

الاستقصاءات • غلوكوز الدم المسحوب عشوائياً مُشخص عادة، ويتأكد التشخيص بقيم غلوكوز الدم الصيامي، وبعد الأكل بساعتين عند معظم الأشخاص. • تصادف البيلة السكرية غير المترافقة بفرط سكر الدم عندما تكون العتبة الكلوية للغلوكوز منخفضة، وعند الأشخاص ذوي منحني المخزون المتلكيء. • تصادف البيلة السكرية في الداء السكري النمط I وعند الأشخاص الصائمين. • تُستطب معايرة غلوكوز الدم، اليوريا، الكهارل، تحليل غازات الدم، صورة الصدر البسيطة، عينة منتصف البول MSU، زرع الدم عند الأشخاص الموهبين للحماض الكيتوني. • مناظرة طويلة الأمد لضبط السكري، والمقيّم بقياسات غلوكوز الدم المأخوذة في المنزل والخضاب الغلوكوزي HbA1c. • يتضن تقصي المضاعفات معايرة منتظمة لكرياتينين المصل، أو قياسات تصفية الكرياتينين، بالإضافة لتنظير الشبكية، الانتباه لرعاية القدمين وللدوران المحيطي وكشف الاعتلال العصبي المحيطي.

التدبير النمط I، تستطب للعالجة الفورية والجدية بالسوائل الوريدية والأنسولين في حال وجود حماض كيتوني. تستطب للعالجة بالأنسولين، أيضاً، عند عدم وجود حماض، بينما يوجد فرط سكر الدم المترافق مع نقص الوزن وبداية سريعة للأعراض والتجفاف.
توجد انظمة مختلفة عديدة لإعطاء الأنسولين، لكنّ معظمها يشارك بين مستحضرات قصيرة الأمد وطويلة الأمد، مرتين يومياً عادة، مثل "أكترابيد" و"مونوتارد". هناك حاجة لإعطاء 1 وحدة انسولين لكل كغ من وزن الجسم كل يوم تقريباً. يجد العديد من المرضى قابلية كبيرة للتكيف وضبط افضل باتباع نظام "جرعة اساسية" (انسولين طويل الأمد قبل النوم مع انسولين قصير الأمد قبل الوجبات). لم تلاقي للضخات المؤمّنة لتسريب الأنسولين بشكل مستمر رواجاً بسبب التطور السريع للحماض الكيتوني نتيجة فشل المضخة. ضبط القوت وثقافة المريض اساسيان للضبط الجيد للسكري ولثقة المريض بنفسه.

النمط II، يستجيب العديد من المرضى جيداً للمعالجة القوتية لتخفيف الوزن وتقييد مدخول السكريات. تُحسّن إضافة دواء من مجموعة البيغوانيد Biguanide مثل الميتفورمين Metformin بجرعة 500 مغ ثلاث مرات يومياً من ضبط السكري عند المرضى السكريين الذين لا يستطيعون، أو الذين لا ينوون، إنقاص وزنهم. إن الـ αglucosidase inhibitors مثل Acarbose مفيدة لدى المرضى البدينين ذوي النمط الثاني الذين لا يتحملون مركب الـ metformin. إعطاء مركبات السلفونيل يوريا مثل غليبيزيد Glipizide 5 - 10 مغ ثلاث مرات يومياً أو غليكلازيد Gliclazide 80 - 320 مغ يومياً مفيد عند بقية المرضى الذين لا تستطيع المعالجة القوتية وحدها إحداث ضبط كاف لديهم. هؤلاء المرضى عندهم خطورة رئيسية عند زيادة الوزن.

المضاعفات ربما أحدث الداء السكري أذية في كل عضو تقريباً. يُسرّع الضبط السَّيء للسكري من أذية العضو بينما يقلل الضبط الجيد من الخطر. ربما حدثت أذية الجملة العصبية المركزية أيضا بعد عدة عوارض من نقص سكر الدم، والتي ربما رافقت محاولات مُتحمّسة عند مرضى أسوياء سكر الدم.

الكليتان: أبكر تظاهرات الأذية وجود بيلة الألبومين المجهرية، والتي تُشير لخطر تطور بيلة بروتينية صريحة ناجمة عن التهاب كبيبات الكلى المنتشر، أو التهاب الكلية والحويضة المزمن، أو النخر الحليمي.

العينان: تؤدي الأذية الوعائية المجهرية لتشكل أمهات دم مجهرية (نقاط Dots)، نزف (لُطخ Blots)، احتشاء (بقع ندف القطن Spots)، نضحات، تشكل أوعية جديدة. نزف زجاجي، تشكل أوعية حديثة على القزحية Rubreosis، ساد، مضاعفات أخرى.

القلب: داء القلب الإقفاري هو الأكثر شيوعاً، وهناك اعتلال عضل قلب سكري نوعي.

الدوران: ربما أدى مرض الأوعية الكبيرة الناجم عن العصيدة لعرج متقطع أو سكتة. ربما أدى مرض الأوعية الصغيرة لتموت قاصي بوجود نبض محيطي جيد.

الجلد: قد تحدث شذوذات في موضع حقن الأنسولين وتتضمن: تشكل خراجة، النخر الدهني، ضخامة دهنية. يؤدي الحقن المتكرر في الشذوذ الأخير لمستويات غلوكوز دموي شديدة الاختلاف.

الجهاز العصبي: الاعتلال العصبي المحيطي بتوزع "قفازات وجوارب" شائع. يعرف الاعتلال العصبي الوحيد مثل شلل العصب السادس جيداً على إنّه اعتلال عصبي منيع للذات، والذي ربما تظاهر على شكل إسهال، قياء، عنانة، نقص ضغط وضعي، لانظميات قلبية.

الإنذار معدل الوفيات المعياري في الداء السكري أكبر من عموم السكان، زيادة معدل الوفيات في النمط I ناجمة عن مرض الكلية، وفي النمط II ناجمة عن المرض القلبي الوعائي والمخي الوعائي. توجد أدلة تثبت انخفاض معدل تطور المضاعفات عند الضبط الجيد للسكري.

HYPOGLYCAEMIA نقص سكر الدم

انظر ص 386

KETOACIDOSIS الحماض الكيتوني

انظر ص 387

PITUITARY DISEASE أمراض النخامى

الغدة النخامية: تفرز الغدة النخامية الأمامية موجهات القند: الهرمون المنبه للجريب FSH والهرمون الملوتن LH، هرمون النمو، البرولكتين، الهرمون الموجه لقشر الكظر ACTH، الهرمون المنبه للدرقية TSH. تفرز الغدة النخامية الخلفية الهرمون المضاد للإبالة ADH والأوكسي توسين.

HYPOPITUITARISM قصور النخامى

عوز تام أو جزئي في هرمونات الغدة النخامية الأمامية أو الخلفية.

السببيات الأكثر شيوعاً أن يتلو قصور النخامي أورامَ النخامى الأمامية، بينما تتضمن الأسباب الأخرى: الورم القحفي البلعومي، ورما نقيليا، مرضا منيعا للذات، اضطرابات حبيبومية كالغرناوية ونزوف بعد الوضع (متلازمة شيهان). ربما أدت الجراحة والمداواة بالأشعة لأورام النخامى لحدوث قصور النخامى.

اللامح السريرية

الأعراض: خمول، نقص الكرع، عقم، ضهى (انقطاع الطمث)، وذمة مخاطية، اكتئاب.

العلامات: نقص الضغط، خصى صغيرة، قلة شعر الجسم، جلد مُجعد رقيق، عمى نصفي صدغي مُزدوج.

الاستقصاءات • صورة الجمجمة البسيطة. • تصوير مقطعي محوسب. • معايرة مستوى T_4 و TSH، برولكتين، موجهات القند، تستسترون، كورتيزول. • غياب الزيادة السوية في موجهات القند و TSH، والكورتيزول وذلك بعد إعطاء الهرمون المطلق لموجهة القند GnRH، الهرمون المطلق للموجهة الدرقية TRH، نقص سكر الدم المحدث بالأنسولين. لا يجرى هذا الاختبار إلا في حال وجود مراقبة طبية وبتوفر غلوكوز وريدي لمعاكسة نقص سكر الدم. يجب تجنب إجراؤه عند مرضى الداء القلبي الإقفاري أو الصرع.

التدبير معالجة مُعوِّضة في عوز الهرمونات، هيدروكورتيزون 20 مغ صباحاً و10 مغ مساء، تيروكسين 0.2 مغ/يوم. تستسترون 250 مغ عضلياً كل 3 أسابيع عند الذكور. الحبوب المانعة للحمل المختلطة عند النساء في الفترة السابقة للحيض.

البُوالة التفهة DIABETES INSIPIDUS

عدم القدرة على إنتاج بول مركّز بسبب عوز تام أو جزئي في إفراز ADH (بوالة تفهة مركزية) أو مقاومة الكلية للفعل المضاد للإبالة للـــ HAD (بوالة تفهة كلوية).

السببيات

بوالة تفهة مركزية: البوالة الغامضة (50%) وأذية الرأس هي الأشيع، وأيضاً بعد استئصال النخامى، الورم القحفي البلعومي، الغرناوية، بعد التهاب السحايا، وراثية.

بوالة تفهة كلوية: أدوية (الليثيوم بشكل شائع)، نقص البوتاسية، فرط الكلسمية، مرض كلوي، بيلة سكرية.

اللامح السريرية بوال، بوال ليلي، عطاش، يحدث تجفاف وتخليط إذا حُرِم المريض من الماء.

الاستقصاءات • حساب النتاج البولي (كمية البول)لمدة 24 ساعة لإثبات البوال.

• نفي الداء السكري والقصور الكلوي. • اختبار الحرمان من الماء ؛ ننفي البوالة التفهة إذا كانت حلولية Osmalality البول >800 بعد 12 ساعة من الحرمان من السوائل ؛ نشخص البوالة التفهة المركزية إذا زادت حلولية البول >800 بعد إعطاء ديسموبرسين Desmopressin بجرعة 20 ميكروغرام عبر الأنف. بينما نشخص البوالة التفهة الكلوية إذا لم تزدد الحلولية. يمكن في الحالات المعندة قياس مستويات الهرمون المضاد للإبالة في المصل خلال تسريب محلول ملحي مفرط التوتر.

التدبير

البوالة التفهة المركزية، ربما تراجعت البوالة التفهة المركزية إذا تمت معالجة السبب المستبطن. وإذا لم يحدث الشفاء نعطي ديسموبرسين 10 - 20 ميكروغرام مرتين يومياً عبر الأنف.

البوالة التفهة الكلوية، عالج السبب المستبطن، ربما كانت مبيلات الثيازيدات 5 - 10 مغ/يوم مفيدة في الحالات العصيّة.

اورام النخامى PITUITARY TUMOURS

وهي أورام غدية عادة، ويمكن تقسيمها إلى: أورام مفرزة للهرمونات مثل الأورام الغدية الحَمِضَة (المحبة للحمض) والتي تفرز هرمون النمو أو البرولكتين، والأورام الغدية الأسِسَة (المحبة للأسَاس) والتي تفرز ACTH؛ الأورام اللاوظيفية وهي أورام غدية كارهة للون عادة.

الملامح السريرية ربما حدثت نتيجة تأثيرات الضغط الموضعي مثل العمى النصفي أو الربعي الصدغي المزدوج، شلل الأعصاب القحفية، ضمور بصري، اضطرابات وطائية مثل اضطراب النوم والأكل. ربما حدثت التأثيرات الأخرى نتيجة إفراز الهرمونات والتي تؤدي لـــ:

ضخامة النهايات: تمتاز ببداية مخاتلة من صداع، خشونة الملامح، ضخامة الأطراف، كَسَس (فَقم أي بروز الفك السفلي) Prognathia، ضخامة اللسان، تعرق، فرط ضغط الدم، قصور القلب، عدم تحمل الغلوكوز.

ورم البرولكتينمية: تمتاز بالضهى، العقم، ثرّ اللبن، عنانة.

داء كوشينغ: مع اعتلال عضلي دان، توزع مركزي للدهن، سطور بطنية، "وجه القمر"، شعرانية، تخلخل العظام، تكدّم، فُرط ضغط الدم، وذمة. ربما تطورت ملامح قصور النخامى بسبب انضغاط النخامى.

الاستقصاءات • صورة الجمجمة البسيطة، تصوير مقطعي محوسب، تقييم الساحة البصرية. • يتم تشخيص ضخامة النهايات بوجود مستويات عالية من GH والتي لا تثبت خلال اختبار تحمل الغلوكوز الفموي بإعطاء 75غ غلوكوز. • توحي مستويات البرولكتين >1000 ميلي وحدة/لتر (الحدود السوية <400 ميلي وحدة/ل) والتي لا ترتفع كاستجابة لـــ TRH وريدي أو ميتوكلوبراميد بوجود ورم برولكتيني. • تشخيص مرض كوشينغ (ص 176). • من الأهمية بمكان قياس مستويات موجهات القند، الهرمونات الجنسية، T_4 وTSH، وإجراء اختبار الديكساميتازون المصير لتقصي وجود هرموني مرافق.

التدبير يجب تعويض الهرمونات للعوزة قبل العمل الجراحي، وذلك بإعطاء الهيدروكورتيزون وريدياً. يجب معالجة ضخامة النهايات باستئصال النخامى ثمّ تشعيع النخامى، ربما تطورت بوالة تفهة وقصور النخامى بعد العمل الجراحي. يمكن تطبيق للعالجة بالسوماتوستاتين. يمكن معالجة الأورام البرولكتينية بنجاح

بإعطاء بروموكربتين 2.5 - 3 مغ/يوم برلوميد. او بارلوميت "عمريت للدواء". وتستطب ايضاً للداواة بالأشعة والجراحة. لافضل معالجة للأورام غير للفرزة باستئصال النخامى لتفريج تأثيرات الضغط للوضعي على لتصالبة البصرية ولجيب الكهفي. إن خمود لوظيفة لنخامية بعد العملية هو ستطباب للمعالجة الاستيعاضية. من للمكن ان نعالج داء كوشينغ باستئصال الكظر ثنائي لجانب وتشعيع النخامة.

قصور الكظر ADERNAL INSUFFICIENCY

ربما كان قصور الكظر أوّلياً (داء أديسون)، حيث يحدث مرض الكظر بشكل تالي للتخريب المنيع للذات (80%)، للسل، للمرض النقيلي، للنزف داخل الكظر؛ أو ربما

كان ثانوياً بسبب مرض نخامي أو وطائي، أو نتيجة التوقف المفاجىء عن معالجة مزمنة بالستيرويدات القشرية.

الملامح السريرية

الأعراض: قصور كظري حاد، عادة بسبب توقف مفاجىء عن المعالجة الستيرويدية، أو الفشل في زيادة الجرعة عند الكرب مما يؤدي لصدمة، غثيان، ألم بطني، اضطراب معوي. يتظاهر القصور الكظري المزمن بوسن، ضعف، نقص الوزن، دوام وَضْعيّ، قهم، غثيان، إمساك، ضهى.

العلامات: نقص الضغط، بَهَق، فرط تصبّغ الأغشية المخاطية وتلك المناطق المعرضة للضوء أو الضغط.

الاستقصاءات • قصة دقيقة مثل معالجة بالستيرويدات. • قياس ضغط الدم. • يوريا وكهارل: تظهر عادة فرط البوتاسمية، نقص الصودمية، ارتفاع اليوريا ونقص سكر الدم عادة. • صورة بسيطة للصدر وللبطن لتحري السل. • مستويات الكورتيزول المصلي منخفضة ولا تزداد بعد إعطاء الديكساميتازون زرقا. • مستويات ACTH عالية في داء أديسون ومنخفضة في قصور الكظر الثانوي. • ربما كانت أضداد الكظر إيجابية.

التدبير للمعالجة المعوِّضة أساسية إذا تلى حدوث قصور الكظر عملية سحب الستيرويدات القشرية. رغم أن السحب التدريجي خلال أسابيع ربما سمح باستئناف اصطناع الستيرويدات القشرية الداخلية المنشأ. هناك حاجة للمعالجة بالستيرويدات القشرية بشكل غير محدد في الحالات الأخرى. المعالجة المختارة هي الهيدروكورتيزون: 20 مغ صباحاً و 10 مغ مساء هي الجرعة المعتادة. يجب معايرة مستويات الكورتيزول في المصل قبل الإعطاء الفموي وبعده. يجب زيادة المعالجة بالكورتيزول في أوقات الكرب مثل الجراحة وخلال المرض الحاد. يحتاج معظم المصابين بداء أديسون أيضاً لمعالجة معوّضة بالستيرويدات المعدنية مثل فلودروكورتيزون 0.05 - 0.15 مغ/يوم. لا حاجة للمعالجة بالستيرويدات المعدنية في قصور الكظر الثانوي.

معالجة قصور الكظر الحاد: يمتاز بانخفاض الضغط الشديد، ألم بطني، فرط البوتاسمية. هناك حاجة لتعويض السوائل وريدياً بالإضافة لإعطاء الهيدروكورتيزون زرقاً (100 مغ 4 مرات/يوم). التحسن السريري مذهل عادة، ولا يجوز مطلقاً قطع المعالجة الستيرويدية عند من يُشك بإصابتهم بانتظار نتائج التحاليل.

متلازمة كوشينغ CUSHING'S SYNDROME

يُسبب التعرض المديد لمستويات عالية بشكل شاذ من كورتيزول المصل لحدوث متلازمة كوشينغ. يمكن تقسيم الأسباب الأخرى غير العلاجية المنشأ لـــ: • أسباب معتمدة على ACTH: مثل المرض المعتمد على النخامى (داء كوشينغ 60%)، إفراز منتبذ لـــ ACTH من أورام مثل سرطانة الخلايا القصبية الصغيرة (20%). • أسباب

غير معتمدة على ACTH: مثل غدوم كظري (10%)، سرطانة كظرية (5%)، داء كوشينغ الكاذب المحدث بالكحول (5%).

الملامح السريرية مشابهة لملامح داء كوشينغ (في الصفحة 175). ربما ظهرت ملامح إضافية بسبب مرضية مرافقة مثل سرطانة قصبية. التصبّغ بارز في متلازمات ACTH المنتبذة، لكنّها غائبة في الأسباب غير المعتمدة على ACTH.

الاستقصاءات • يوريا + كهارل: ربما أظهرت نقص البوتاسمية، ربما ظهر عدم تحمل الغلوكوز وكذلك فرط ضغط الدم. • صورة الصدر البسيطة لنفي السرطانة القصبية. • يعتبر الفشل في كبت كورتيزول المصل في الساعة التاسعة لـ <170 نانومول/ل بعد إعطاء 2 مـغ ديكساميتازون أثناء الليلة السابقة (الساعة 23:00)، وارتفاع الكورتيزول الحر في بول 24 ساعة، وفقدان التفاوت النهاري في مستويات الكورتيزول المصلي، اختبارات مسحّي مفيدة. • مستويات ACTH مرتفعة في المرض النخامي، وعالية جداً في متلازمة ACTH المنتبذة، ومنخفضة في المرض الكظري. • ربما كان إعطاء 2 مـغ 4 مرات يوميا في اختبار كبت الديكساميتازون عالي الجرعة واختبار ميتيرابون Metyrapone (750 مـغ كل 4 ساعات لمدة 24 ساعة) مفيدا في تمييز المرض المعتمد على ACTH عن المرض الكظري. • ربما يحدد التصوير المقطعي المحوسب للنخامى والكظرين وجود ورم، وقد يحدد اعتيان (أخذ عينة Sampling) الجيب الصخري السفلي بحثا عن ACTH أوراما نخامية.

التدبير تستطب الجراحة لمعظم أورام النخامى والكظر، والتي قد تكون مناسبة لبعض حالات متلازمة ACTH المنتبذ. كما ان للمداواة بالأشعة مستخدمة لمعالجة داء كوشينغ. استخدام "ميتيرابون" و "أمينوغلوتيتميد" والتي تثبط إنتاج الكورتيزول ضرورية قبل العمل الجراحي. وربما حققت بعض الفائدة في الحالات غير القابلة للتحسن جراحياً. تستجيب متلازمة كوشينغ العلاجية المنشأ لتخفيف جرعة الستيرويد عند الحاجة. ربما استخدمت ادوية مثل "ازاثيوبرين" بالمشاركة مع الستيرويدات لتخفيف جرعة الستيرويدات اللازمة لضبط السبب المستبطن.

ورم القواتم PHEOCHROMOCYTOMA

ورم حميد (90%) نادر مفرز للكاتيكول أمين، ينشأ في لب الكظر عادة. تتضمن المواضع الأخرى: النسج الأليفة الكروم في الجهاز العصبي الودي مثل العقد حول الأبهر.

الملامح السريرية تعتمد على الكميات النسبية للأدرينالين والنورأدرينالين. ربما كانت الملامح عارضة وتتضمن: نقص الوزن، فرط ضغط الدم، تسرع القلب، الشحوب، العرق، الصداع، القلق، الغثيان، ربما وجد فرط سكر الدم.

الاستقصاءات • بول 24 ساعة لحساب كمية ميتأدرينالين Metadrenalines الإجمالية.
• تحديد موضع الورم بالتصوير المقطعي المحوسب وبالاعتيان الوريدي لقياس النورأدرينالين عند الضرورة.

التدبير استئصال جراحي تحت غطاء من إحصار ألفا وبيتا باستخدام "فينوكسي بنزامين" و "بروبرانولول". والتي يجب إعطاؤها مدة ثلاثة أيام على الأقل قبل العمل الجراحي. من الضروري تقديم رعاية نوعية أثناء الجراحة بسبب إحصار الجهاز العصبي الودي.

فرط الألدوسترونية HYPERALDOSTERONISM

فرط الألدوسترونية الأوّلية

حالة توجد فيها مستويات عالية من الألدوسترون غير المعتمد على جهاز الرينين أنجيوتنسين، وهي حالة نادرة، تنجم في معظم الحالات عن غدوم قشري كظري، أو عن متلازمة كون.

اللامح السريرية لاأعراضية غالباً: فرط ضغط الدم، وسن، ضعف عضلي بسبب نقص البوتاسمية.

الاستقصاءات • نقص البوتاسمية (<3.5 ميلي مول/ل) عند المرضى الذين لا يتناولون مُبيلات أو ستيرويدات أو مُلَينات، أو البوتاسيوم. • معايرة مستويات الرينين، الأنجيوتنسين، الألدوسترون في الصباح الباكر قبل تحرك المريض من وضعية الاستلقاء. • ربما حدّد التصوير المقطعي المحوسب وجود كتلة كظرية.

التدبير جراحية لاستئصال الغدوم في متلازمة كون بعد معالجة مدة 4 - 6 أسابيع بـ 300 مغ/يوم سبيرونولاكتون Spironolactone. في حال كان السبب هو فرط تنسج الكظر فإن المعالجة بالسبيرونولاكتون فقط كافية عادة.

فرط الألدوسترونية الثانوية

يقال بحدوثها عند وجود مستويات عالية من الألدوسترون ناجمة عن تفعيل جهاز الرينين - أنجيوتنسين. تتضمن الأسباب: تضيق الشريان الكلوي، مرضاً كبدياً غير معاوض، فرط ضغط الدم المتسارع، قصور القلب، المتلازمة الكلائية.

التدبير استبعاد السبب المستبطن إذا كان ذلك ممكناً.

PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM فرط الدريقية الأوّلي

توجد مستويات عالية من هرمون الدريقات في فرط الدريقية الأوّلي، ناجمة عادة عن غدوم دريقي، وبشكل أقل شيوعاً عن فرط تنسج، ونادراً عن سرطانة. فرط الدريقية هو المركب الأشيع في متلازمات الأورام الصمّاوية المتعددة.

الملامح السريرية ربما كانت غائبة، علماً أنه يتم كشف العديد من الحالات عند اكتشاف فرط الكلسمية أثناء تقصّي الدم المتوالي (الروتيني). ربما سبب فرط الكلسمية قهماً، غثياناً، إمساكاً، قياء، تخليطاً. كما يوجد أيضاً مغص كلوي، ألم الظهر، فرط ضغط الدم، حصى كلوي، بوالة تفهة كلوية، نقرس كاذب، التكلس القرنوي نادر.

الاستقصاءات • قياس الكلسيوم المتشارد إذا كان متيسراً، وإلاّ نقيس كلسيوم المصل متجنبين استخدام عاصبة ومُصححين نقص الألبومينمية • يجب نفي الأسباب الأخرى لفرط الكلسمية مثل الخباثات، الغرناوية، النقيوم (الورم النقوي)، فرط الفيتامين د. فسفات المصل منخفض عادة، وكذلك بيكربونات المصل، بينما يرتفع كلور المصل في فرط الدُّريقية الأوّلي. • ربما أظهرت الصور البسيطة لليدين والجمجمة وجود تآكلات تحت السمحاق في السلاميات أو جمجمة ذرات الفلفل "Pepper-pot" في فرط الدُّريقية الأوّلي، بينما ربما أظهرت صورة البطن كُلاساً كلوياً. • قد يظهر التصوير بفائق الصوت للعنق وجود غدوم دريقي، وكذلك التفرُّس باستخلاص تاليوم التكنسيوم المُشعّ (الفعال شعاعيا). • يمكن التعويل على المُقايسة المناعية الشُّعاعية ذات الموضعين الحديثة لهرمون الدريقات في التمييز بين فرط الدريقية الأوّلي (الهرمون مرتفع) وفرط الكلسمية في الخباثة (الهرمون منخفض).

التدبير ان عملية استئصال الغدوم الدريقي ناجحة جداً، رغم استطباب للمعالجة المحافظة عند المرضى البالغين اللاعرضيين. استئصال الغدد الأربع مع اغتراس تالي للنسيج الدريقي في الساعد ناجح أيضاً كعلاج لمرضى فرط التنسج الدريقي. يتطلب علاج فرط الكلسمية الشديد تأمين إماهة كافية بإعطاء محلول ملحي وريدياً مع فسفات الصوديوم فموياً أو سيللوز الفسفات أو إيتيدرونات ثنائي الصوديوم Disodium Etidronate. نادراً ما نحتاج لإعطاء معالجة ستيرويدية وكلسيتونين لعلاج فرط الكلسمية الناجمة عن فرط الدُّريقية بالمقارنة مع فرط الكلسمية المرافق للخباثة.

SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM فرط الدُّريقية الثانوي

يحدث بعد نقص الكلسمية لفترة طويلة، حيث يترافق مثلاً مع القصور الكلوي أو سوء الامتصاص، والذي ينبّه إفراز هرمون الدريقات لتصحيح نقص الكلسمية. ربما أصبح

الإفراز الحيني (المؤقت) لهرمون الدريقات مستقلاً في هذه الظروف فيحدث فرط الكلسمية (فرط الدريقية الثالثي).

التدبير تصحيح السبب المستبطن

قصور الدريقية HYPOPARATHYROIDISM

ربما كان أوّلياً (منيع للذات، مترافق مع قصور الدرقية وداء أديسون)، أو ثانوياً بعد الجراحة على الغدة الدرقية عادة.

الملامح السريرية إذا كان القصور حاداً فقد يحدث تكزّز، مذل حول الفم ومذل محيطي، مَغْص، نوب صرعية. ربما ظهر التكزّز الخفي باختبارات تروسو وتشفوستيك. يترافق القصور إذا كان مزمناً مع شذوذات في الأظفار، الأسنان، الشعر. داء المبيّضات الجلدي أكثر شيوعاً في الشكل المنيع للذات. يصادف الساد بشكل أقل شيوعاً، بينما نادراً ما تُصادف وذمة الحليمة البصرية.

الاستقصاءات • انخفاض كلسيوم المصل، ارتفاع الفسفات، سواء الفسفاتاز القلوية. • الصورة البسيطة للجمجمة: ربما أظهرت تكلس العقد القاعدية. • مستويات هرمون الدريقات المصلية منخفضة. • انخفاض الإفراغ البولي لـــ AMP والذي يرتفع بعد تسريب هرمون الدريقات.

التدبير اعط 10- 20 مل من غلوكونات الكلسيوم 10% وريدياً في الحالات الحادة من نقص الكلسمية. يجب إعطاء كلوريد للغنزيوم وريدياً في نقص للغنزمية. تتطلب للعالجة الطويلة الأمد إعطاء 1 الفا فيتامين د. لا حاجة لإضافات الكلسيوم للمحافظة على مستويات الكلسيوم للصلي سوية عادة.

قصور الدريقية الكاذب PSEUDOHYPOPARATHYROIDISM

اضطراب وراثي نادر، تحدث فيه مقاومة لهرمون الدريقات. توجد ملامح كيماوية حيوية مشابهة لقصور الدريقية بالإضافة لقامة قصيرة وتخلف عقلي وقصر السّنعين Metacarpals الرابع والخامس، وجه "قمري"، تكلس مُخي، قصور الدرقية.

تلين العظام/الرَخد OSTEOMALACIA/RICKETS

يؤدي فشل مادة العظام العضوية (المطرق Matrix) في التّمعدن لحدوث الرّخد أثناء نمو العظام، وتليّن العظام بعد غلق المشاشات.

المسببات • نقص فيتامين د2 في القوت. • قلة التعرض لأشعة الشمس. • انخفاض مستوى فيتامين د3 . • سوء الامتصاص/خلل امتصاص فيتامين د2/فيتامين د3، الداء البطني، قطع الأمعاء، تشمع صفراوي، النّباتيون Phytates، فرطُ هيدركسيد الألمنيوم. • خلل تفعيل فيتامين د3 . • قصور كلوي. • المقاومة لفيتامين د3. • أدوية: فينتوين.

اللامح السريرية

الأعراض: ألم هيكلي، ضعف العضلات الدانية، وسن.

العلامات: إيلام عظمي، تورم النهاية القاصية للزند والكعبرة، سُبّحة الرخد (تورم ضلعي غضروفي)، تأخر بزوغ الأسنان، مشية متهادية، تكزز، كسور عفوية، ركبة روحاء، ساقان مقوّسة.

الاستقصاءات • نقص الكلسمية، نقص الفسفاتمية، ارتفاع الفسفاتاز الكلوية، انخفاض فيتامين د. • خزعة العظم تظهر تمعدناً غير تام. • الأشعة (كسور كاذبة في الشعبة العانية، الكتف، النهايات العلوية للعضد والفخذ، سطوح كردوسية مُلجّفة (مكعبة) ومُسنّنة في الرخد.

التدبير تعويض فيتامين د للعوز (تعتمد الجرعة على السبب). علاج أي حالة مستبطنة. مناظرة مستوى الكلسيوم.

الأورام الصماوية المتعددة
MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA (MEN)

قد حدثت عفوياً أو عائلياً (سائدة جسدياً).

MEN I (متلازمة فيرمر (Wermer's. S))

- ورم صمّاوي معثكلي (ورم أنسوليني، ورم غستريني، ورم عديد الببتيد الفعال وعائياً Vipoma، ورم غلوكاجوني).
- غدّوم دُريقي.
- غدّوم نخامي (مثل ورم برولكتيني).

MEN IIa (متلازمة سيبل (Sipple's))

- غدّوم دُريقي.
- سرطانة لبّية في الدرقية.
- ورم القواتم.

MEN IIb

- سرطانة لبية في الدرقية.
- ورم القواتم.
- أورام عصبية مخاطية.
- عادة تناول النبيذ الأحمر الحلو Marsanoid habitus.

10

أمراض الدم
Haematology

INVESTIGATION الاستقصاءات

التعداد الدموي الكامل: تعداد كريات الدم الحمر، تعداد كريات الدم البيض، تعداد الصفيحات؛ شكل كريات الدم الحمراء، تفريق كريات الدم البيض.

فلم الدم: شكل كريات الدم الحمر، وكريات الدم البيض، والصفيحات.

سرعة تثفل الكريات الحمر (الجدول 18 - 10 صفحة 207).

الحال السوي 1 - 5 سم عند الذكور البالغين.

1 - 8 سم عند الإناث البالغات.

نقي العظم: رشف، نقب (خزعة)، زرع.

تقييم بروتين الدم: رحلان كهربائي للبروتينات، غلوبلين مناعي، لزوجة الدم، هبتوغلوبلين، مخلط الدم Hemopexin.

بروتين بنس جونز: سلاسل خفيفة من الغلوبين المناعي الحُرّ في البول.

دراسات الواسمات السطحية: تقنيات الزُهيرات، تألق مناعي.

دراسات الخضاب: تقصّي الخلية المنجلية، رحلان كهربائي للخضاب، منحنيات تفارق الأكسجين، كشف الميتهيموغلوبين (الخضاب المُتبدل)، حساب كمّي لـ 2، 3 ثنائي فسفور الغليسيريد 2, 3 DPG، مقايسة نازعة هدْرُجين غلوكوز 6 فسفات.

دراسات بالنظائر: كتلة الخلايا الحمر، حجم المصورة، بُقيا الخلية الحمراء، امتصاص الحديد.

DEFINITIONS تعاريف

كثرة الكريات الصغرية *Microcytosis*: نقص الحجم الوسطي MCV لكريات الدم الحمر <78.

كثرة الكريات الكبرية *Macrocytosis*: زيادة الحجم الوسطي MCV لكريات الدم الحمر >98 فليمو لتر.

نقص الصباغ *Hypochromia*: احتواء الكريات الحمر على كمية خضاب أقل من الحالة السوية، MCHC <30 غ/مل.

تشكل الكريات *Poikilocytosis*: لا انتظام في شكل كريات الدم الحمر.

تفاوت الكريات *Anisocytosis*: اختلاف في قدّ كريات الدم الحمر.

وجود الإهليلجيات *Elliptocytosis*، وجود كريات دم حمر إهليلجية.

كثرة الكريات البيضوية *Ovalocytosis*: وجود كريات دم حمر بيضوية.

وجود الحمر الكروية *Spherocytosis*: كريات دم حمر كروية، فقدان الشحوب المركزي، الولادي على سبيل المثال، أو بسبب تفاقم انحلال الدم.

ثنائي الشكل Dimorphic: وجود مجموعتين ثناليتين من كريات الدم الحمر في الدوران المحيطي، مثل فقر دم الأرومات الحديدية.

كثرة الشبكيات Reticulocytosis: وجود خلايا دم حمر غير ناضجة في الدم المحيطي.

تعدد الاصطباغ Polychromasia: اصطباغ كريات الدم الحمر بالأزرق في فلم الدم بسبب وجود خلايا دم حمر غير ناضجة.

كريات الدم الحمر المُنوّاة Nucleated RB: تشير لفرط فعالية تكوّن الدم كما في الابيضاض، وارتشاح النقي.

خلايا أرومية Blast cells: وجود خلايا سليفة (طلائعية) منواة كما في الابيضاض.

خلايا مُنشقّة Schistocytes: وجود قطع خلايا حمر كسبب ثانوي لرضح آلي مثل صمامات القلب الصنعية، التخثر المنتشر داخل الأوعية.

وجود أسسات مُنقّطة Punctate basophilia: تشير لأذية كريات الدم الحمر، مثلاً فقر الدم الشديد، تسمم بالرصاص، التلاسيمية البيتا.

كثرة الكريات البيض Leucocytosis: زيادة العدد الكلي لكريات الدم البيض الجائلة (> 11.5 × 10^9/ل) كما في الخمج المقيّح.

قلّة البيض Leucopenia: انخفاض في كريات الدم البيض الجائلة (<4.0 × 10^9/ل) كما في التدرن أو الخمج الشديد.

كثرة الحمضات Eosinophilia: زيادة الحمضات الكلية الجائلة مثل الخمج بالطفيليات، لمفوم، ديدان، تفاعلات دوالية.

كثرة الوحيدات Monocytosis: زيادة الوحيدات الجائلة كما في التدرن والبرداء.

أرومات البيض والحمر Leucoerythroblastic: احتواء فلم الدم على كريات دم حمر وبيض غير ناضجة، بشكل مترافق مع ارتشاح نقي العظم بالورم عادة.

كثرة الصفيحات Thrombocytosis: زيادة تعداد الصفيحات الجائلة (<350 × 10^9/ل).

قلة الصفيحات Thrombocytopenia: انخفاض تعداد الصفيحات الجائلة كما في النقي المكبوت (تثبيط النقي) أو التفاعل الدوائي (<150 × 10^9/ل).

تكوّن الدم خارج النقي Extramedullary erythropoiesis: إنتاج كريات الدم الحمر خارج نقي العظام مثل الكبد، والطحال.

خلايا بور: شكل لا منتظم لكريات الدم الحمر تشاهد في اليوريمية.

أجسام هولي جولي: بقايا نووية تشاهد في كريات الدم الحمر في الحالات التالية لاستئصال الطحال، في الابيضاض، في فقر الدم الضخم الأرومات.

...ية الهدفية *Target*: كريات دم حمر ذات تلوّن مركزي محاط بحلقة شاحبة تليها حلقة ...ارجية ملوّنة مثل التلاسيمية، ومرض الكبد الشديد.

...ام هتز: خضاب متمسخ في كريات الدم الحمر.

...لال الدم: تحطم سريع جداً للكرية الحمراء.

...ال اليمين *right shift*: خلايا متعددة الأشكال مفرطة التشدف كما في اليوريمية، مرض الكبد، فقر الدم الضخم الأرومات.

...ال اليسار *left shift*: زيادة الخلايا البيضاء غير الناضحة مثل الانتان.

فقر الدم ANAEMIA

نقول بوجود فقر الدم إذا كان مستوى الخضاب أخفض من مستواه المتوقع، بعد أخذ كلا العمر والجنس بعين الاعتبار. مستوى الخضاب عند الولادة عالٍ (20 غ/دل)، ثم ينخفض خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة (10 غ/دل) قبل أن يرتفع ثانية لمستواه عند البالغين (> 12 غ/دل عند الإناث و > 13 غ/دل عند الذكور).

المسببات (الجدول 1 - 10)

الجدول 1 - 10 : أسباب فقر الدم

فقد الدم	حاد او مزمن
خلل تشكل كريات الدم الحمر	• ولادي: لا تنسج النقي، لا تنسج الكرية الحمراء • أعواز تغذوية، حديد، فيتامين ب$_{12}$، فولات، فيتامين ث، بروتين (كواشركور) • خلل الوظيفة الناعية، الذئب الحمامي الجموعي، التهاب المفاصل الرثياني. • خمج: حموي، حمة إبشتين بار، تدرن. • غزو نقي العظم: ابيضاض، سرطان، تليف. • شذوذات صماوية: قصور الدرقية، قصور الكظر، قصور النخامى، قصور القندية. • ادوية/ذيفانات. - صادات، سلفوناميدات، كلورامفينكول - مضادات البرداء، بيريميتامين - مضادات الالتهاب، املاح الذهب، اندوميتاسين، فينيل بوتازون

الجدول 1 - 10 : أسباب فقر الدم *(تابع)*	
فقد الدم	حاد أو مزمن
	ـ مضادات الدرق، كربيمازول ـ مضادات الاختلاج: فينتوين ـ مضادات الاكتئاب، كلوربرومازين ـ سموم الخلايا، إشعاع تشاردي معتمد على الجرعة ـ مذيبات: بنزن • التلاسيمية • كثرة الأرومات الحديدية • البرفيرية، للكونة الحمر • قصور الكبد • قصور كلوي
انحلال الدم	• عيوب ولادية في الكرية الحمراء عيوب في الغشاء، وجود الحمر الكروية عيوب إنظيمية: نازعة هيدروجين الغلوكوز 6 فسفات. عيوب في بنية الخضاب، فقر الدم للنجلي. • مكتسبة، عوز فيتامين $ب_{12}$/فولات. اخماج: برداء رضح، صمام صنعي كيماويات، ادوية. أضداد، منيعة للذات، مناعة إسوية ذيفانات أورام

اللامح السريرية وهذه تعتمد على درجة فقر الدم الموجود، وعلى سرعة تطوره.

الأعراض: وسن، وهن، صداع، زيادة اللُهاث، خفقانات، دُوام، غشي، ذبحة.

العلامات: تتضمن شحوب الملتحمة والأغشية المخاطية والجلد، تسرع القلب، نفخات جريان انقباضية، وذمة محيطية. ربما وجد نقص في الضغط. ربما وجدت ضخامة الطحال، حصيات صفراوية مصطبغة، يرقان في فقر الدم الانحلالي، تقرُّح الساق في انحلال الدم الوراثي. يمكن أن يحدث بشكل نادر نزف كلوي ووذمة حليمة القصب البصري.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل: يُعطي مشعر الخلية الحمراء مؤشراً على السبب المستبطن غالباً.

فقر الدم الصغير الكريّات (حجم الكرية الوسطي MCV > 76 فليمو لتر، خضاب الكرية الوسطي MCH > 27 بيكوغرام، MCHC > 30 غ/دل: عوز الحديد (الجدول 2 - 10)، فقر الدم الحديدي الأرومات الوراثي، التلاسيمية، مرض مزمن.

الجدول 2 - 10 : أسباب فقر الدم بعوز الحديد	
قوت غير كافٍ.	
سوء الامتصاص في الداء البطني.	
فقد الدم	خباثة معدية معوية، تقرُّح، دوالي، التهاب المعدة، غزارة الطمث، بيلة دموية، الدودة الشصيَّة (المَلقوة)، مرض معوي التهابي، التهاب الرتج، بواسير.
غياب الكلوريدية (اللاكلوريدية).	
جراحة معدية مُسبقة.	
زيادة الحاجات الفيزيولوجية	حمل، نمو
انحلال الدم داخل الأوعية	بيلة خضابية ليلية انتيابية، تشدُّف كريات الدم الحمر بسبب صمامات صنعية.
تأخر الفطام عن الثدي.	
الأهبة للنزف.	

فقر الدم السَّوي الكريات: حالات انحلالية، بعد النزف، فقر دم لا تنسُّجي، أعواز مشتركة مثل الحديد والفولات، مرض مزمن مثل التهاب المفاصل الرثياني، يوريمية، حمج، خباثة، فقر دم لا تنسُّجي.

فقر الدم الكبير الكريات (MCV >96 FL): تكون الحمر الضخم الأرومات (الجدول 3 - 10): عوز ب12، عوز الفولات ؛ تكون الحمر السَّوي الأرومات: كثرة الشبكيات، ارتشاح النقي أو كبت النقي، فقر دم لاتنسُّجي، قصور الدرقية، قصور النخامى، الكحولية، مرض كبدي.

• فلم الدم المحيطي: • سرعة التثفل • فحص نقي العظم • السعة الرابطة للحديد • فيريتين، • مستويات فيتامين ب12 والفولات • اختبار شيلينغ، • تعداد الشبكيات. • اختبارات انحلال الدم وتتضمن زيادة البليروبين، زيادة مولد اليوروبيلين في البول، انخفاض أو غياب الهبتوغلوبين في المصل، بيلة خضابية، كثرة الشبكيات، بيلة هيموسيدرينية، بيلة الميتهيموغلوبين، شكلياء كريات الدم الحمر، الكريات الحمر الكروية، الكريات الإهليلجية، التشدُّف، الكريات الهدفية. • يمكن تقييم نقص بُقيا كريات الدم الحمر باستخدام Cr^{51} الموسوم، وتقييم أضداد كريات الدم الحمر باستخدام اختبار ضد الغلوبلين المباشر (اختبار كومبز).

التدبير عالج السبب المستبطن، ابعد أيّ دواء مُحرِّض، ربما كانت هناك حاجة لنقل الدم. عوِّض أعواز الفيتامينات والمعادن مثل سلفات الحديدي Ferrous الفموي 200 مغ ×3 مرات يومياً. أوامر يفير شراب اوسوبرالنيت كبسول .

نادراً ما نحتاج للحديد زرقاً. يُعطى فيتامين ب^{12} على شكل هيدروكسي كوبالامين 1مغ× 2 خلال الأسبوع الأول. يتبع بـ1مغ أسبوعياً حتى عودة تعداد الدم إلى السواء. ربما كانت هناك حاجة لزرقات فيتامين بـ12 ثلاث مرات شهرياً مدى الحياة. الفولات 5مغ يومياً. لا تُعط الفولات بمفرده في فقر الدم الوبيل بسبب احتمال تحريض التنكس تحت الحاد المشترك للنخاع الحبلي. ربما كانت هناك حاجة لإعطاء ستيرويدات (40 - 60 مغ/يوم ابتدائياً) أو استئصال الطحال في فقر الدم الانحلالي.

الجدول 3 - 10 : أسباب فقر الدم الضخم الأرومات	
عوز فيتامين ب^{12}:	قوت غير كافٍ < 1 - 2 ميكروغرام/يوم سرف الكحول سوء الامتصاص: عوز العامل الداخلي فقر الدم الوبيل، جراحة معدية سابقة، غياب ولادي، التهاب معدة ضموري، متلازمة زولينغر. إليسون. مرض اللفائفي النهائي: استئصالات للفائفي، داء كرون، التهاب القولون التقرحي، ذرب مداري. الخمج : متلازمة العروة العمياء، الشريطية السمكية Fish tapewarm. قصور معثكلي مُحرّض دوائياً نيوميسين، كولشيسين، ميتفورمين. زيادة للتطلبات: حمل، فرط الدرقية، زيادة تكوّن الحمر، عوز ترانس كوبالامين II.
عوز الفولات	قوت غير كافٍ سوء الامتصاص: الداء البطني، استئصال الصائم، ذرب مداري، داء كرون، داء ويبل، لمفوم معدي معوي زيادة للتطلبات: حمل، إرضاع، بلوغ، خداج، دبال دموي، زيادة تكون الحمر، صُداف، التهاب جلد شديد. استفادة ناقصة: أدوية مثل: الكحول، ميتوتركسات، تريميتوبريم، إيزونيازيد، موانع الحمل الفموية. عوز أنظيمي ولادي داي هيدروفولات ردكتاز.
عوز البيريدوكسين	
عوز الثيامين	
ابيضاض ما قبل ابيضاضي	
متلازمة ليش . نيهان	

اضطراب يمتاز بوجودِ تبدل ضخم الأرومات في نقي العظم مع فقر الدم، مترافق مع منذوذات عصبية غالباً. ينجم فقر الدم هذا عن الفشل في إفراز العامل الداخلي المعدي، وهو يرتكز على أساسٍ منيع للذات. الذكور > الإناث، يحدث التظاهر عادة بين 45 - 65 سنة. سُجِّل معدل وقوع عالياً عند الأشخاص ذوي الزمرة الدموية A. هناك لاكلوريدية والتهاب معدة ضموري. تعكس شكلياء نقي العظم وجود فشل في اصطناع الدنا مع توقف نضج كريات الدم، وطلائع المحببات والصفيحات. يحدث انحلال الدم.

اللامح السريرية ربما وجدت بداية مخاتلة ودرجة عميقة من فقر الدم وقت التشخيص. فقد الوزن والإسهال شائعان، مع حُمّى ؛ يُعطي اليرقان الناجم عن انحلال الدم لوناً أصفر ليمونيا للجلد، اللسان أملس، ضامر، وربما كان مؤلماً ؛ ضخامة الطحال شائعة. ربما تسبب التغيرات التنكسية في السبيلين الخلفي والجانبي للنخاع الحبلي حدوث تنكس تحت حاد مشترك، والذي يتظاهر بضعف في الإحساس السطحي، والذي يأخذ شكل "القفازات والجوارب" بالإضافة لفقد الحسّ في المستقبلات الحسية العميقة ومستقبلاتِ الاهتزاز. ربما كانت المنعكسات الوترية مشتدّة، بينما تكون نفضات الكاحل غائبة غالباً. المنعكس الأخمصي بالانبساط ؛ ربما وجد رنح وحالة تخليط سُمّيّة. يتلو ذلك حدوث الخرف في حال عدم المعالجة.



التشخيص التفريقي أيُّ سبب لفقر الدم الضخم الأرومات (الجدول 3 - 10).
قُمْ بنفي أية أمراض أخرى منيعة للذات مرافقة مثل: البهق، الداء السكري، قصور الدرقية، قصور المبيض، الوهن العضلي الوبيل.

الاستقصاءات • يظهر التعداد الدموي الكامل وجود فقر دم كبير الكريات. ربما وجد تفاوت الحجم، تبكّل الكريات، تشدُّف كريات الدم الحمر، انخفاض تعداد الشبكيات • قلة البيض وفرط تشدُّف العدلات شائع • تعداد الصفيحات سويّ عادة • تثبت رشافة نقي العظم الصورة الضخمة الأرومات. • مستوى فيتامين ب12 في المصل منخفض (<160 نانوغرام/لتر)، لاينخفض فولات المصل. • يُبدي اختبار شيلينغ سوء امتصاص ب12 • ربما كشفت أضداد ذاتية مثل: العامل الداخلي (50%) أو الخلية الجدارية (80%) • لاكلوريدية صامدة للبنتاغسترين • التهاب المعدة الضموري.

التدبير هيدركسي كوبالامين عضلياً. كما هو الأمر في أية حالة عوز فيتامين ب12 قد تظهر كثرة الشبكيات > 50% في اليوم العاشر.
ربما كانت هناك حاجة لإعطاء إضافات من الحديد (سلفات الحديدي Ferrous 200 مع كل 8 ساعات) والبوتاسيوم (كلور البوتاسيوم 1.2غ كل 8 ساعات). نقل الدم إذا كانت درجة فقر الدم حرجة، ولكن يجب إعطاؤه ببطء مع تغطية بالمبيلات لتحاشي تسريع حدوث قصور القلب.

فقر الدم الانحلالي المنيع للذات

AUTOIMMUNE HAEMOLYTIC ANAEMIA

يؤدي تشكُّل أضداد لمستضدات كريات الدم الحمر لحدوثِ تخريب مبكر للخلايا (مدى العمر السوي 120 يوماً) يُوجد نمطان من الأضداد استناداً للميِّزات الحرارية: الأضداد IgG "الدافئة" (أحياناً IgM أو IgA) أكثر فعالية في درجة حرارة 37 مئوية. والأضداد IgM "الباردة" في درجة حرارة 4 مئوية.

السببيات (الجدول 4 - 10)

الجدول 4 - 10، أسباب فقر الدم الانحلالي المنيع للذات	
نمط الأضداد "الدافئة"	غامض، متلازمة الذاب الحمامي المجموعي، لمفوم، ابيضاض لمفاوي مزمن، مسخوم كيسي. متلازمة إيفان. أدوية مثل الميثيل دوبا.
نمط الأضداد "الباردة"	داء الراصات الدموية الباردة. بيلة خضابية انتيابية بردية (PCH) ذات رئة بالمتفطرات. لمفوم. كثرة الوحيدات الخمجي، الذئب الحمامي المجموعي. أخماج حموية. ابيضاض لمفاوي مزمن.
أسباب مرتبطة بالأدوية	أدوية ممتصة من سطح كريات الدم الحمر: بنسلين، سيفالوسبورينات متواسطة بالمعقد المناعي: سلفوناميدات، كينيدين.
أمراض مناعية عند الولدان	
بشكل ثانوي لنقل الدم.	

اللامح السريرية

- النمط "الدافئ" : بداية مُخاتلة، وسن، يرقان، ضخامة الطحال، فرفرية، حُمّى، قصور كلوي بشكل نادر، الذكور < الإناث.
- النمط "البارد": فقر دم يتوضح في الحالات الباردة، ظاهرة رينو، زُراق، زُراق الأطراف، أعراض لانوعية لأيٍّ نوع من أنواع فقر الدم.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل: يُظهر فقر دم كبري الخلايا. • إثبات وجود دليل على هجوم الأضداد على كريات الدم الحمر بإجراء اختبار الراصات الدموية المباشر (اختبار كومبز) في درجات حرارة مختلفة لتصنيف المستضد المسؤول. • كثرة الشبكيات. • الدليل على وجود تخريب زائد لكريات الدم الحمر (ارتفاع البيليروبين غير المقترن و LDH، انخفاض في مستويات مجلط الدم Hemopexin, وهبتوغلوبين الكانسَة للخضاب، ربما ارتبط الخضاب الحر مع الألبومين - ميتهيمالبومين، أو ربما تدفق في البَول على شكل بيلة خضابية أو بيلة الهيموسيدرين) • توجد الأضداد IgG لدوناث - لاندستنر في البيلة الخضابية الانتيابية الباردة (PCH). ابحث عن السبب المستبطن.

التدبير "النمط الدافىء"، بريدنيزلون 40 - 60 مغ/يوم بشكل اولي، ثم يخفض ببطء بعد 4 اسابيع. وربما كانت هناك حاجة لاستئصال الطحال او إعطاء العوامل الكابتة للمناعة الأخرى مثل ازاثيوبرين (50 - 100 مغ/يوم) في حال فشل البريدنيزلون. قم بنقل الدم عند الضرورة. هناك حاجة لإضافات حمض الفوليك. ربما كان استئصال التوتة مفيداً احياناً عند الرُضّع.
النمط "البارد"، حافظ على الأطراف دافئة. تجنب نقل الدم قدر الإمكان (دوماً تجنب النقل قبل التدفئة)، الستيرويدات واستئصال الطحال اقل نجاحاً.

APLASTIC ANAEMIA فقر الدم اللاتنسُّجي

انغماض تكوُّن الدم في نقي العظم مع ما ينتج عن ذلك من قلّة الكريات الشامل.

المسببات (الجدول 5 - 10)

الجدول 5 - 10 ، اسباب فقر الدّم اللاتنسُّجي

ولادية	متلازمة فنكوني (جسدي صاغر)	
حادة	ادوية:	السامة للخلايا
		كلورامفينيكول
		كلوربرومازين
		مضادات التخثر الفموية
		إندوميتاسين
		للبيلات الثيازيدية
		بربيتورات
	اخماج:	حُموية
		جرثومية
		فطرية
مكتسبة مزمنة	غامض	
	ادوية (انظر فيما سبق)	
	كيماويات: بنزن	
	اخماج حموية، التهاب الكبد بالحُمّة لا A و لا B.	
	بيلة خضابية ليلية انتيابية PNH	
	حمل	

الملامح السريرية الذكور > الإناث، قمة الوقوع حوالي سن الـــ 30، بداية مخاتلة، الأعراض ناجمة عن انخفاض تعداد كريات الدم الحمر، وكريات الدم البيض، والصفيحات المترافقة بفقر الدم، نزف، زيادة الاستعداد للخمج. الفرفرية والرُّعاف والنزف المعدي المعوي والبيلة الدموية شائعة، تقرُّح وخمج الجلد والأغشية المخاطية.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل: فقر دم (سوي الأرومات أو كبري الخلايا)، انخفاض تعداد الشبكيات، قلة المحببات، قلة الوحيدات، قلة اللمفاويات، قلة الصفيحات • نقي العظم قليل الخلايا (خزعات من عدة مواضع)، ارتفاع الإريثروبيوتين، تظهر دراسات الحديد الفعال شعاعياً انخفاض تصفيته من الدم مع قبط ضعيف له من قِبَل نقي العظم.

التدبير إقصاء اي سبب ممكن تحديده مثل الأدوية. أعط معالجة مُعوِّضة داعمة: بنقل كريات الدم الحمر، المحببات، الصفيحات. عالج الأخماج: إعطاء الصادات، عوامل مضادة للحمات وللفطور امر ضروري. إضافة حمض الفوليك حسب الحاجة. تنبيه تكوُّن الدم، ستيرويدات ذكّارية (تستسترون، اوكسي ميثولون، ناندرولون ديكونات، فلوكسي مستيرون)، ستيرويدات سكرية (ميثيل بريدنيزلون). ربما كانت هناك حاجة لزرع غريسة من نقي العظم BMT. إعطاء عوامل كابتة للمناعة (سيكلوفسفاميد، كلورامبوسيل، آزاثيوبرين، غلوبلين مضاد للمفاويات) لأن المرض ربما كان له اساس مناعي في بعض الحالات، ولكن لا يخلو إعطاء هذه العوامل من الخطر.

الإنذار البقيا لمدة سنة واحدة هي 50 % فقط.

الاعتلالات الخضابية (الاعتلالات الهيموغلوبينية)
HAEMOGLOBINOPATHIES

الاعتلالات الخضابية مجموعة من الحالات يحدث فيها تغيُّر البنية/الإنتاج بطريقة ما (الجدول 6 - 10).

الجدول 6 - 10 : تصنيف الاعتلالات الخضابية
تغيُّرات بنية الخضاب
الخضاب S: HbS : متلازمة الخلية للنجلية
ميتهيموغلوبين
اصطناع خضاب معطوب
الثلاسيميات
استمرار الخضاب الجنيني

فقر الدم المنجلي SICKLE CELL ANAEMIA

مرض واسع الانتشار في أفريقيا الاستوائية، حيث يؤدي وجود طفرة وراثية في تسلسل الجينات لحدوث بنى شاذة في الحموض الأمينية في سلسلة الغلوبين β من الخضاب

يستبدل الحمض الأميني السَّوي الغلوتامين في الموقع السادس بالفالين. يحدث تكدُّس الليفيات عند نزع الأكسجين من جزيء خضاب الخلية المنجلية (الخضاب HbS S) وهذا يؤدي لتشوُّه شكل كرية الدم الحمراء إلى شكل "منجليّ" مميَّز. يكون هذا التّكوثر معكوساً عند حدوث عودة الأكسدة، ولكن ربما أصبح تشوه أغشية كريات الدم الحمر دائما في حال وجود حُماض أو نقص تأكسج مُفرطين. تُورَّث هذه الحالة وفق نمط جسدي. تحدث الإصابة بمرض الخلية المنجلية في حالات تماثل الزيجوت، بينما تكون الإصابة بخلة Trait الخلية المنجلية في حالات تغاير الزيجوت. هذه الحالات لاأعراضية عادة ويبدو أنها تمنح مقاومة للإصابة بالبُرَداء المنجلية. يُخفض الوجود المترافق لاعتلالات خضابية أخرى مثل الخضاب البالغ HbA أو الخضاب الجنيني HbF من تركيز الخضاب المنجلي HbS مما يقلل من احتمال التمنجل.

الملامح السريرية تكمن المشكلتان الكبيرتان في فقر الدم الانحلالي الناجم عن انخفاض بُقيا كريات الدم الحمر والانسدادات الوعائية بالخلايا المنجلية، تبدأ الأعراض في الأشهر الستة الثانية من الحياة عند هبوط مستويات الخضاب الجنيني وارتفاع مستويات الخضاب المنجلي. يحدث فقر دم شديد مع وسن، تأخر النمو، تأخر البلوغ، زيادة التعرض للخمج، تقرح الساق، فرط تنسج نقي العظم والذي يقود لبروز الجمجمة. ينجم فقر الدم عن نقص تنسج نقي العظم، انحلال الدم، تشظي الطحال، عوز حمض الفوليك. تؤدي النوب الوعائية المسدة لحدوث ألم بسبب الاحتشاء في العظام، الأصابع (التهاب الأصابع Dactylitis) الرئتين، الطحال، الكليتين، المعى، الكبد، الشبكية. هذا ويعجل التجفاف أو الخمج أو البرودة من حدوث هذه الاحتشاءات، لكنها ربما حدثت عفويا وهي تنذر بحمّى، ضعف، ألم، إعياء. قد نلاحظ ضخامة طحال عند الوليد وصغير السن، من الممكن أن يحدث متأخراً استئصال طحال ذاتي بسبب الاحتشاءات المتكررة.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل: يظهر فلم الدم خلايا منجلية الشكل (ليس في خلّة الخلايا المنجلية). • تتمنجل الخلايا المصابة خلال 20 دقيقة عند مزجها على شريحة مع الميتا ثنائي سلفات الصوديوم 2% • رحلان كهربائي للخضاب.

التدبير تجنب العوامل للؤهبة. فمثلاً عالج الأخماج، اتق البرد، نقص الضغط، الحماض، نقص التأكسج، التجفاف. اعط إضافات من حمض الفوليك عند الاستطباب. عالج النوب بالإماهة، التدفئة، الصادات، مضادات البرداء، المسكنات غير المخدرة، انقل الدم والصورة الطازجة المجمدة عند الضرورة. إن إعطاء لقاح ضد المكورات الرئوية والبنسلين الوقائي قد يكون مفيداً عند المرضى المصابين بقصور وظيفة طحالية.

الإنذار نادراً ما يبقى الأطفال على قيد الحياة لمرحلة البلوغ عند عدم المعالجة.

THALASSAEMIAS التلاسيميات

اضطرابات وراثية يكون فيها معدل اصطناع واحد أو أكثر من سلاسل الغلوبين منخفضاً أو معدوماً، مما يؤدي لانحلال الدم، تكوُّن دم غير فعّال، فقر الدم. يتأثر إنتاج السلسلة β بشكل شائع جداً. يوجد كل من حالتي تماثل الزيجوت وتغايره. تصادف بشكل شائع في أفريقيا، الشرق، الشرق الأوسط، آسيا، حوض المتوسط.

• التلاسيميا البيتا

تنجم عن فشل اصطناع السلاسل بيتا β، يكون الشكل المتغاير الزيجوت (الصغرى) خفيفاً وربما كان لاأعراضياً. هناك عدم قدرة على اصطناع كميات سوية من خضاب البالغ A في الحالات المتماثلة الزيجوت (الكبرى) بينما يحتفظ هؤلاء المرضى بالقدرة على إنتاج كميات قليلة الفعالية من الخضاب الجنيني F.

الملامح السريرية توجد أعراض فقر دم شديد بعد الشهرين الأولين من الحياة، قهم، فشل النمو، تخلف عقلي، موت مبكر. يؤدي فرط تنسج النقي لبروز الرأس وأخذ الشكل المغُولي. تصادف ضخامة الكبد والطحال وقرحات الساق.

الاستقصاءات • الصغرى Minor: فقر دم بعوز الحديد وهو خفيف ومقاوم للمعالجة بالحديد. يظهر الرحلانِ الكهربائي للخضاب زيادة HbA_2 لـــ 4 - 6%(السوي 1.5 - 3%)، كما يُظهر ارتفاعاً خفيفاً، إذا وجد، في مستويات الخضاب الجنيني F (2 - 5%). • الكبرى Major: فقر دم شديد ناقص الصباغ مع خلل تنسج كريات الدم الحمر، أرام الحمر، انعدام HbA، وارتفاع مستويات الخضاب الجنيني F. تُظهر الأشعة السينية حوف النقي في الجمجمة والسلاميات مثلاً، بينما يأخذ قبو الجمجمة مظهر "الشعر المنتصب" "Hair-on-end" .

التدبير قم بنقل الدم للمحافظة على الخضاب > 10 غ/دل. وهذا ربما قاد لفرط حمل حديدي عياني ومن ثم صباغ دموي مع قصور القلب رغم المعالجة بعوامل لاقطة (خالبة) للحديد مثل ديسفيروكسامين. يجب إعطاء هذا الدواء لجميع المرضى الخاضعين لنقل دم منتظم. عالج عوز الفولات بإعطاء إضافات منه. ربما كانت هناك حاجة لاستئصال الطحال في فرط الطحالية مع إجراءات إعطاء اللقاح ضد المكورات الرئوية والإدخال الوقائي التالي.

ACUTE LEUKAEMIAS الابيضاضات الحادة

تمتاز الابيضاضات الحادة بتكاثر غير مضبوط للخلايا الخبيثة المشتقة من خلايا الطلائع المكونة للدم، مع استقرار هذه الخلايا محل خلايا نقي العظم السوية. تكون الإصابة مجموعية غالباً، ومترقية عادة. وتؤدي للموت في النهاية بسبب الخمج الشديد، أو النزف أو فقر الدم. السببيات غير معروفة عادة، لكنها ربما كانت ذات

علاقة مع الإشعاع التشاردي، الأدوية السامّة للخلايا، الخمج بالحُمّات، التغيرات الصبغوية، التعرض الكيماوي لبعض المواد مثل البنزن. توجد أشكال متباينة من هذا المرض، وكلٌ منها ينشأ من جزء منفصل من الخلايا الجذعية.
يميل المرض لأن يكون شديداً في الابيضاضات الحادة، حيث تكون الحياة المأمولة قصيرة، وحيث يشاهد العديد من الخلايا الأرومية البدائية في فلم الدم. يُشير وجود عصيات أور Auer rods في هيولى الخلايا الأرومية للنمط اللاأرومي اللمفاوي.
للابيضاض اللمفاوي الحاد Acute lymphoblastic leukemia (ALL) توزع سكاني ثنائي مع قمةٍ حدوث عند الأطفال والمسنين، بينما يكون الابيضاض النقوي الحاد (AML) شائعاً عند في الأعمار الشابة والمتوسطة (الجدول 7 - 10).

الجدول 7 - 10 : تصنيف الابيضاض الحاد	
ابيضاض لمفاوي (ALL)	ذو الخلايا - T (التائية) ذو الخلايا - B (البائية) صامتة للستضدات غير للتمايز
ابيضاض نقوي AML	M_0: غير متمايز M_1: قليل التمايز M_2: ذو الأرومة النقوية M_3: ذو سليفة النقوية M_4: وحيد الأرومة النقوية M_{5a}: وحيد الأرومة M_{5b}: الوحيدة M_6: ابيضاض احمر M_7: ارومة النواء

الملامح السريرية يتظاهر المرض غالباً على شكل مرض يشبه النزلة الوافدة مترافق مع ضعف، حُمّي، وهن، فقر دم سريع الترقي، إنتان جرثومي أو حموي أو فطري مستمر (في الفم، الحلق، تقرح فموي مستقيمي أو لساني) في غياب تشكل القيح. تُشاهد الحكة، النكدُم، النزف من اللثة والأنف والسبيل المعدي المعوي. ربما وجد تخثر منتشر داخل الأوعية DIC في النمط M_3. يشاهد اعتلال عقدي لمفي وضخامة الكبد والطحال في الابيضاض اللمفاوي الحاد. يُعتبر فرط تنسُّج اللثة والإصابة الجلدية المنتشرة ملمحان لنمط ابيضاض الوحيدات من الابيضاض النقوي الحاد. ربما حدثت إصابة الجملة العصبية المركزية مع شلل الأعصاب القحفية. تكثر مصادفة آلام العضلات والمفاصل.

ACUTE MYELOID LEUKAEMIA الابيضاض النقوي الحاد

وهي مجموعة من الأمراض الورمية الشديدة التي تصيب الخلايا الجذعية النقوية (الجدول 7 - 10). يمكن لهذه الأمراض أن تنشأ بشكل مستقل أو بشكل تالي لمتلازمات خلل تنسّج النقي. تصنف تحت الأنماط المختلفة Subtypes اعتماداً على شكلياء الدم المحيطي ونقي العظم، التلوين الكيماوي الخلوي، دراسات النمط الظاهري المناعي، والوراثة الخلوية.

التدبير تكون المعالجة بإخضاع المريض لشاركات من الأدوية الكيميائية متضمنة لسلسلة من 3 - 4 من الأشواط العلاجية بفواصل شهرية بين الأشواط للسماح بشفاء النقي. تعتبر الغريسة المثلية Allogenic من نقي العظم في الهداة الأولى (< 45 سنة) والمأخوذة من احد الأشقاء ذوي الهلا HLA المناسب، للمعالجة المختارة.
التفاعلات غير المرغوبة للمعالجة الكيميائية عديدة وتتضمن فقر الدم، حاصنة متعممة، التهاب الغشاء المخاطي للعدي للعوي والمترافق مع إسهال واخماج بشكل تال للكبت المناعي. يحتاج المريض لدعم كبير من الكريات الحمر، العناية بالمريض مع العزل عن المحيط مع إعطاء الصادات وريدياً، دعم بالصفيحات، ودعم تغذوي لعدة اسابيع بعد كل شوط من المعالجة. العقابيل الطويلة الأمد للمعالجة ليست محددة تماماً؛ الطفح شائع وخطر تكوُن اورام بشكل ثانوي مزداد. هناك دراسات مزدادة حول حصد الخلايا الدموية الجذعية في الدم المحيطي.

الإنذار معدل الهدأة الأوّلية بعد المعالجة الكيميائية 80%، ومع ذلك فإن احتمال الشفاء الطويل الأمد بعد المعالجة الكيميائية وحدها هو حوالي 30% فقط. تُحسِّن الغريسة المثلية لنقي العظم BMT الهدأة الطويلة الأمد وتصل بالنسبة لـ 50%.

ابيضاض الأرومة اللمفاوية الحاد (الابيضاض اللمفاوي الحاد)

ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKAEMIA

يكون التظاهر على شكل قصور نقي العظم عادة، على الرغم من أنّ الاعتلال العقدي اللمفي المعمم وضخامة الطحال شائعان.

الجدول 8 - 10 : مُشعرات جودة الإنذار في الابيضاض اللمفاوي الحاد
تعداد كريات الدم البيض: $< 10 \times 10^9$/ل
العمر: 2 - 10 سنوات
الجنس: أنثى
الواسمات الخلوية: شيوع مستضد الابيضاض اللمفاوي الحاد
الهداة: مبكرة (خلال 4 اسابيع)

التدبير يتضمن مشاركة قوية من الأدوية الكيماوية المترافقة مع أطوار محرّضة. التنامية مبكرة ومتأخرة. صيانية. نكس الجملة العصبية المركزية مشكلة هامة. وعندها تخضع المريض لمعالجة ...انية قحفية بالأشعة. ولمعالجة كيميائية داخل القراب. قد نزرع غريسة مثلية في الهدأة الأولى عند البالغين.

...ال تصل نسبة البقيا لمدة 5 سنوات عند الأطفال بوجود مشعرات جودة الإنذار لـ 70% ... الجدول 8 - 10).

متلازمات خلل تنسج النقي MYELODYSPLASTIC SYNDROMES

...ف متلازمات خلل تنسُّج النِّقي مجموعة من الاضطرابات، بما فيها تلك التي جرت ...ادة على اعتبارها حالات "ما قبل ابيضاضية" (الجدول 9 - 10). هناك قصور نقي ...ف يؤدي لفقر الدم، قلة البيض، قلة الصفيحات. هذا ويتطور الابيضاض الحاد ... 30% من المرضى تقريباً. يجب أخذ الغريسة المثلية لنقي العظم بعين الاعتبار عند ...ضى الشباب. لا تتوفر معالجات نوعية أخرى غير الإجراءات الداعمة.

الجدول 9 - 10 ، تصنيف متلازمات خلل تنسُّج النقي
فقر دم عصيّ (معند)
فقر دم عصيّ مع أرومات حديدية حلقية
فقر دم عصيّ مع "فرط أرومات"
ابيضاض مزمن وحيد الأرومة النقوية.

الاضطرابات التكاثرية النقوية MYELOPROLIFERATIVE DISORDERS

أمراض ورمية ناجمة عن تكاثر الخلايا الجذعية النقوية أو مشتقاتها (الجدول 10 - 10). ...جد درجة من التراكب بين هذه الاضطرابات المختلفة. يتم تشخيص المرض لدى المرضى غالباً بعد إجراء التعداد الدموي الكامل المتوالي (الروتيني) رغم أن التظاهر ...بعض المرضى يكون على شكل أعراض لقصور النقي أو فرط اللزوجة (نزوف ...كوية، احتشاءات، وذمة الحليمة البصرية، قصور كلوي، هجمات إقفار عابرة، ...احتشاء مُخّي، عرج مُتقطّع).

الجدول 10 - 10 : تصنيف الاضطرابات التكاثرية النقوية
ابيضاض نقوي مزمن كثرة الحمر الحقيقية كثرة الصفيحات الأساسية تليُف النقي/الحؤول النقياني

CHRONIC MYELOID LEUKAEMIA الابيضاض النقوي المزمن

اضطراب ورمي أقل شدّة من الابيضاض النقوي الحاد، يحدث على حساب خطوط الخلايا النقوية الأكثر تمايزاً.

الملامح السريرية بداية مخاتلة، إنهاك، نقص الوزن، ألم مفصلي، ألم عضلي، رعاف، قُسوح Priapism، نقرس، تعرُّق، أحماج راجعة، الاعتلال العقدي اللمفي ليست ملمحاً بارزاً.

الاستقصاءات • ارتفاع تعداد الكريات البيض مع سيادة العدلات الناضجة، ولكن يوجد غالباً طيف من الخلايا الأقل نضوجاً في الدم المحيطي. • تُثبت رشافة نقي العظم والخزعة المأخوذة بالنقب والمترافقة مع تحليل الصبغيات وجود صبغي فيلادلفيا في 90% من الحالات (إزفاء Translocation الذراع الطويل للصبغي 22 لموضع آخر، للصبغي 9 عادة). • ربما وجدت شرائط (عصابات) من الغلوبلين المناعي الوحيد النسيلة. • ربما كان هناك ارتفاع في يورات المصل.

التدبير ضبط ارتفاع الكريات البيض باستخدام هيدركسي يوريا او بوسلفان Busulphan، يمكن ضبط للرض لبعض الوقت غالباً قبل ان تتطور امراض متعلقة بالاضطرابات التكاثرية اللمفية مثل تليُف النقي وارتفاع تعداد الصفيحات عند بعض المرضى. يتحول المرض بشكل حتمي الى ابيضاض حاد مع إنذار سيء. زرع غريسة مثلية لنقي العظم هي المعالجة الوحيدة للتوفرة، وهي تجرى عند المرضى < 45. ربما حدث داء رفض الثوي للطعم GVH كمضاعفة لزرع الغريسة، والذي ينجم عن التأثير السام للمفاويات للعطي، والتي تصبح حساسة لنسج الآخذ، والتي تعتبرها جسماً غريباً. ربما حدث GVH حاد، والذي يمتاز بالتهاب الغشاء المخاطي، إسهال، التهاب الكبد، التهاب الجلد، ربما استجاب GVH للستيرويدات القشرية، سيكلوسبُرين، الغلوبلين المضاد للخلايا التوتية. يُقلّد GVH للزمن الأمراض الضامة للتشرق، وربما استجاب للستيرويدات القشرية والآزاثيوبرين.

POLYCYTHAEMIA RUBRA VERA كثرة الحمر الحقيقية

يحدث إنتاج مفرط للكريات الحمر رغم وجود مستويات منخفضة من مُكوّنة الحمر (إريثروبيُوتين). ينتهي المرض غالبا بحدوث ابيضاض حاد أو تليُّف النقي. تُشير كثرة الحمر لوجود زيادة في تركيز الكريات الحمر في الدم المحيطي. تنجم كثرة الحمر الظاهرية

من انخفاض حجم المصورة، بينما تعكس كثرة الحمر الحقيقية وجود زيادة حقيقية في كتلة الكريات الحمر (الجدول 11 - 10).

الملامح السريرية الذكور > الإناث، وتحدث عادة في الأعمار المتوسطة، فيحدث دُوام، وسن، صداع، اضطرابات بصرية، حكّات، صعوبة التركيز، غشية Blackout، عسر الهضم، خثار، نقرس ضخامة الكبد والطحال. يكون المرضى ممتلئين بالدم، مفرطي الضغط، أوردهم الشبكوية محتقنة.

الجدول 11 - 10 : أسباب كثرة الحمر
كثرة الحمر الحقيقية
ثانوية
نقص التأكسج (الفيزيولوجي)، أمراض القلب، أمراض الرئة، المرتفعات، السمنة، انقطاع النفس النومي. وجود الميتهيموغلوبين في الدم، وجود سلفهيموغلوبين في الدم.
زيادة مكونة الدم (إريثروبيوتين)، تدخين، أورام (كلية، مخيخ، رحم، كظر، كبد).
فرط نقل الدم.
عائلي حميد.
كاذب (زائف) : "الكرب" (متلازمة غيزبوك)، تجفاف.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل: الخضاب >18 غ/دل عند الذكور و16 غ/دل عند الإناث، الكريات الحمر8 - 12×10/لتر، ارتفاع الكسر الحجمي للكريات الحمر (الهيماتوكريت)، تعداد الكريات البيض مرتفع عادة، كثرة الصفيحات في 50% من المرضى، ربما حدث فقر دم ثانوي بعوز الحديد. • سرعة التثفل منخفضة عادة. • نقي العظم مفرط الخلوية عادة.
• تؤمن دراسات النظائر قياس كتلة الكريات الحمر، حجم المصورة، حجم الدم الكلي ؛ تزداد كتلة الكريات الحمر بينما يكون حجم المصورة سوياً. • ترتفع اللزوجة الكلية للدم. • ارتفاع مستوى الفسفاتاز القلوية في العدلات (NAP)، اليورات مرتفعة غالباً.
• مستوى فيتامين ب$_{12}$ في المصل مرتفع غالباً، مستوى الفولات سوي. • يجب نفي الأسباب الثانوية (صورة الصدر البسيطة، غازات الدم الشرياني، الرحلان الكهربائي للخضاب، تصوير الجهاز البولي الوريدي).

التدبير فصد متكرر، توقف إضافات الحديد لكبح تكوُّن الدم. فسفور مُشع وبوسلفان.

الإنذار تتعدى البقيا المتوسطة 10 سنوات.

الحؤول النقياني وتليف النقي
MYELOID METAPLASIA AND MYELOFIBROSIS

كلاهما اضطرابات تكاثرية لمفية (الجدول 10 - 10).

الحؤول النقياني هو ظهور الخلايا الجذعية النقوية في مواضع شاذة مثل الكبد والطحال. تزداد محتويات نقي العظم من النسج الليفية (تليُّف النقي). السببيات غير معروفة.

الملامح السريرية تعب، وهن، نقص الوزن، عدم تحمُّل الجو الحار، تعرُّق ليلي، ضخامة الطحال العرضية موجودة، ألم العظام وعسر الهضم شائعان.

الاستقصاءات • وجود أرومات البيض والحمر وتبكُّل الكريات "قطرات الدَّمع Tear-drop" في فلم الدم. • كثرة الصفيحات. • ارتفاع مستوى الفسفاتاز القلوية في العدلات، وكذلك مستوى اليورات في المصل. • يكون البزل جافاً عند رشف نقي العظم بسبب التلُّيف الشديد، لكن تكون الخزعة المأخوذة بالمنقب مفيدة.

> **التدبير** داعم بنقل الدم. إعطاء الستيرويدات في قلة الصفيحات. إعطاء الوبيرينول لعلاج النقرس، وإعطاء الفولات عند الحاجة. ربما استطب استئصال الطحال. تستخدم للعالجة بالأشعة لعلاج الألم العظمي وفرط الطحالية. نادراً ما تكون للعالجة الكيماوية مفيدة.

الإنذار المرض مترق عادة، مع بُقيا متوسطة مدتها 5 سنوات. ينجم الموت عن الابيضاض الحاد أو قصور النقي عادة.

LYMPHOPROLIFERATIVE DISORDERS الاضطرابات التكاثرية اللمفية

الجدول 12 - 10 : تصنيف الاضطرابات التكاثرية اللمفية
ابيضاض لمفاوي مزمن لمفوم هدجكن لمفوم لا هدجكن

CHRONIC LYMPHATIC LEUKAEMIA (CLL) الابيضاض اللمفاوي المزمن

الابيضاض اللمفاوي المزمن اضطراب تكاثري لمفي يكون الملمح البارز المبكر فيه هو كثرة اللمفاويات في الدم المحيطي، ومع ذلك تتطور ملامح قصور نقي العظم، الاعتلال العقدي اللمفي المعمم وضخامة الطحال في المرض الأكثر تقدّماً. ربما ترافق هذا المرض مع فقر دم انحلالي منيع للذات وقلة الصفيحات.

الجدول 13 - 10 : تصنيف الابيضاض اللمفاوي المزمن	
المرحلة	الملامح
0	كثرة اللمفاويات في الدم المحيطي
1	اعتلال عقدي لمفي معمم
2	ضخامة الطحال
3	فقر الدم
4	قلة الصفيحات

التدبير يمكن ضبط تعداد الدم المحيطي عادة باستخدام مشاركة من كلورامبوسيل وبريدنيزولون. يحدث الموت بسبب قصور نقي العظم او الخمج عادة. لا يحدث التحول للابيضاض الحاد عادة.

لمفوم هدجكن HODGKIN'S LYMPHOMA

...ا في مجموعة من العقد اللمفية عادة، وينتشر للعقد المجاورة الأخرى قبل أن يعطي ...ائل للنسج اللالمفية. من غير الشائع حدوثه قبل البلوغ، لكنه يصل لقمة وقوعه في سن ال 40 سنة، ويبلغ وقوعه ذروة ثانية عند المسنين. الذكور > الإناث. السببيات غير معروفة، لكن ربما كان الخمج الحموي هاماً. الخلية الخبيثة هي الخلية العرطلة خلية ريد - ...رنبرغ والحاوية على نوى مزدوجة كأنها خيال لها على المرآة وعلى نويات بارزة (مظهر عين البومة Owl's eyes).

التصنيف وارد في الجدول (14 - 10).

الجدول 14 - 10 : التصنيف النسيجي للمفوم هدجكن (راي)		
		الإنذار
تصلب عقيدي		جيد
لا تصلبي	سيادة الخلايا اللمفاوية	جيد
	خلوية مختلطة	جيد
	نفاد الخلايا اللمفاوية	سيء

الملامح السريرية ضخامة عقدية لمفية مطاطية منفصلة، غير مؤلمة، كثيراً ما تصاب العقد الرقبية بشكل أوّلي، والتي تمتد لتصيب العقد الأخرى. تضغط العقد المتضخمة على البنى المجاورة مؤدية لعسر البلع، ضيق النفس، صرير، انسداد الوريد الأجوف العلوي، شلل

سفلي، انضغاط جذر العصب، يرقان. ربما وجدت ضخامة في الطحال. ربما حدث ألم في العقد اللمفية مُحدث بالكحول. تتضمن الملامح العامة: حُمى متقطعة (حمى - بل - إبشتين)، حكات، نقص الوزن، التعرّق الليلي، الوسن.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل: فقر دم سوي الصباغ سوي الكريات، كثرة الحمضات، فقر دم منيع للذات، قلة الصفيحات. ازدياد نفاد (قلة) اللمفاويات علامة إنذارية سيئة. • إصابة نقي العظم غير شائعة في البداية. • خزعة العقد اللمفية مُشخصة. • يتضمن تحديد المرحلة معاينة حلقة فالدير، صورة الصدر البسيطة، تفرس الكبد والطحال باستخدام النظائر، التصوير المقطعي المحوسب للصدر والبطن، تفرُّس العظم، تفريسة الغاليوم، تصوير الجهاز البولي الوريدي، تصوير الأوعية اللمفاوية (الجدول 15 - 10). • التشخيص التفريقي: اعتلال لمفي (تدرن، حمج جرثومي مزمن، كثرة الوحيدات الخمجية، الإفرنجي، الخمج بحمة عوز المناعة المكتسب)، الابيضاض، لمفوم لاهدجكن، الغرناوية، أمراض النسيج الضام، خباثة ثانوية.

الجدول 15 - 10 : تحديد مرحلة لمفوم هدجكن (آن. اربور Ann-arbor)

المرحلة	الوصف
المرحلة I	ناحية عقدية لمفية وحيدة/موضع خارج لمفي
المرحلة II	ناحيتان عقديتان او اكثر على جانب واحد من الحجاب الحاجز/ناحية عقدية وحيدة بالإضافة لوضع خارج لمفي في نفس الجهة بالنسبة للحجاب الحاجز.
المرحلة III	نواح عقدية في كلا الجهتين بالنسبة للحجاب +/- إصابة خارج لمفية او طحالية.
المرحلة IV	إصابة منتشرة لنسيج خارج لمفي واحد او اكثر.
يمكن تقسيم كل مرحلة إلى فئتين منفصلتين (A او B) تبعاً لوجود الأعراض المجموعية او غيابها. تتضمن المجموعة B الأسوا إنذاراً، نقص الوزن 10% خلال 6 اشهر، حمّى 38 درجة مئوية، التعرّق الليلي. لا تقع الحكات ضمن الفئة (B).	

التدبير يعتمد على مرحلة المرض،

- المعالجة بالأشعة، للمراحل I-IIIA، مستخدمين الحقل الذي يأخذ شكل المعطف وذلك فوق الحجاب الحاجز والحقل "Y المقلوب" تحت الحجاب الحاجز.
- المعالجة الكيماوية، للمراحل IIIB-IV، والحالات الناكسة بعد المعالجة بالأشعة. تستخدم مشاركة مؤلفة من موستين Mustine، فنكريستين Vincristine، بروكاربازين Procarbazine، بريدنيزولون Prednizolone (MOPP) شهرياً حيث تحقق الهداة في 80% من الحالات. التأثيرات الجانبية شائعة، قياء، حاصة، وسن، كبت النقي مع نزف، فقر الدم، زيادة الاستعداد للخمج، اعتلال عصبي محيطي، إمساك.

الإنذار العوامل التي تشير لجودة الإنذار: المرضى من الفئة A، التصلب العقيدي وسيادة اللمفاويات في التصنيف النسيجي، مستوى الخضاب سويّ. تزيد البقيا لمدة 5 سنوات بالنسبة للمرحلة IA عن 90%، لكنها تساوي 50% بالنسبة للمرحلة IIIB.

لمفوم لاهدجكن NON HODGKIN'S LYMPHOMA

تكاثر خبيث للخلايا اللمفاوية (الخلايا البائية B عادة)، ذكور > إناث، قمة الوقوع قبل فترة اليفع، وتتبع بفترة دنيا من الوقوع لها ارتفاع تدريجي فيما بعد. المسببات غير معروفة، لكن ربما وجدت عوامل مؤهبة (الجدول 16 - 10).

الجدول 16 - 10 : العوامل المؤهبة المحتملة للمفوم لاهدجكن	
خمجات	إبشتين بار.
التشعيع	
مواد كيماوية	
قصور مناعي	بعد الاغتراس. الذأب الحمامي المجموعي. زرق حُمَة عوز المناعة المكتسب. حالات عوز المناعة الأولية.
شذوذات صبغوية	إزفاء الصبغي Translocation 9.

توجد عدة أنظمة مختلفة في التصنيف، لكنّ التمييز الأكثر أهمية هو مدى الاحتفاظ بالبنية العقدية (الجريبية) للعقد اللمفية. إنذار الأشكال العقيدية أفضل من إنذار الأشكال المنتشرة الانتشار (الجدول 17 - 10).

الجدول 17 - 10، تصنيف لمفوم لاهدجكن		
		الإنذار
المرتبة (الدرجة) الدُّنيا:	أنماط لمفاوية صغيرة	جيد
	أنماط جريبية	جيد
المرتبة الوسطى:	أنماط منتشرة	سيء
المرتبة العليا:	خلايا ضخمة	سيء
	لرومات لمفاوية	سيء
متفرقات:	فطار فطراني	سيء
	لمفوم بُركيت	جيد

اللامح السريرية ضخامة عقدية لمفية غير مؤلمة، إنهاك، نقص الوزن، حُمّى، تعرُّق، قهم؛ يحدث الانتشار عبر كلٍ من القنوات اللمفية والدم، وعليه فربما كان انتشار المرض كبيرا وقت التشخيص. ربما وجدت ضخامة الكبد والطحال.

الاستقصاءات • خزعة العقدة اللمفية أساسية. • التعداد الدموي الكامل يظهر فقر الدم، قلة البيض، قلة الصفيحات، بشكل ثانوي لإصابة النقي أو لفرط الطحالية. • ربما وجد فقر دم انحلالي منيع للذات. • نقص ألبومين الدم، وفرط غاما غلوبلين الدم شائعان. • رشافة نقي العظم ونقبه Trephine لتحديد إصابة النقي. • تفيد دراسات مستقبلات غشاء الخلية في تصنيف المرض.• يمكن اتّباع استقصاءات تحديد المرحلة كما في لمفوم هدجكن، لكنّ يكون معظم المرضى في المرحلة III أو IV وقت التشخيص. • فحوص مصلية للبحث عن حُمّة عوز المناعة المكتسب.

التدبير يعتمد على مرتبة المرض، يمكن مراقبة المرتبة الدنيا ببساطة ما لم تكن عرضة لسبب التأثير البسيط المحتمل للمعالجة في المرحلة الباكرة على البقيا. تجب معالجة المرضى ذي المرتبة الوسطى او العليا فوراً لأنها سريعاً ما تؤدي للوفاة. تستخدم مشاركات كيماوية مثل السيكلوفسفاميد، دوكسوربُسين، فنكريستين، بليوميسين، بريدنيزلون في أشواط. ولكن من الصعوبة بمكان ضبط هذا المرض غالباً. يمكن استخدام المعالجة بالأشعة حيث تؤدي لحدوث ضبط موضعي جيد.

الإنذار تبلغ البقيا الوسطية للأشكال الجريبية حوالي ثماني سنوات، بينما تبلغ هذه البقوا في الأشكال المنتشرة سنتين فقط.

MULTIPLE MYELOMA النقيوم المتعدد

مرض يمتاز بتكاثر ورمي للمفاويات البائية في نقي العظم. النمط الخلوي السائد هو الخلايا المصورية، بينما يترافق إفراز الغلوبلينات المناعية الوحيدة النسيلة بخلل مناعي. يحدث في بعض الحالات إنتاج للسلاسل الخفيفة فقط، والتي تظهر في البول على شكل بروتينات بنس جونز. يُنتَج نظير البروتين IgG في >50% من الحالات، بينما يُنتَج كل من IgA وبروتينات بنس جونس في 20% من الحالات، ويُشكّل إنتاج IgM, IgE, IgD النسبة الباقية. مُعدّل إصابة الذكور > الإناث، ويحدث الوقوع الأعظمي بين 60 - 70 سنة. هناك استبدال مترق لنقي العظم عادة بخلايا مصلية شاذة. ربما حدث ورم المُصَوريّات Plasmacytoma الوحيد بشكل نادر، إمّا في النسج اللينة أو في العظم.

اللامح السريرية الإصابة العظمية: ألم ناجم عن تخلخل العظام، تآكلات، كسور مرضية، انضغاط جذور الأعصاب. يؤدي فرط الكلسمية لعُطاش، تعدد البيلات، إمساك، ألم بطني، تخليط. بينما يؤدي خلل وظيفة تكوّن الدم لفقر الدم، قلة البيض (زيادة معدل

الأحماج)، قلة الصفيحات (نزف). تؤدي فرط اللزوجة إلى وسن، دوام، صداع، موات، نزوف قاعية في العين. قد يحدث قصور كلوي.

الاستقصاءات • ارتفاع سرعة التثفل مع تشكل زهيرات (الجدول 18 - 10). • يُظهر نقي العظم وجود كثرة المصوريات Plasmacytosis >10%. • تُظهر الصور الشعاعية للهيكل العظمي وجود تخلخل عظام، كسوراً حُطامية، آفات انحلالية (جمجمة ذرات الفلفل Pepper-pot' skull). • يحدث نقص الألبومين وفرط الغلوبلينات المناعية في الدم. • يُظهر الرحلان الكهربائي لبروتينات المصل وجود شريط (عُصابة) من الغلوبلينات المناعية الوحيدة النسيلة (>10 غ/ل عادة). • ربما وجد بروتين بنس جونس. • معايرة اليوريا وتصفية الكرياتينين، الكلسيوم، الفسفاتاز القلوية، اليورات Urate. • يُعتبر ترافق كثرة المصوريات في نقي العظم، مع وجودِ شريط وحيد النسيلة على الرحلان الكهربائي، وآفات انحلالية على الصور السينية مُشخصاً للنقيوم. • يؤدي تدفق الخلايا المصورية إلى الدم المحيطي أحياناً لحدوث ابيضاض بالكريات المصورية plasma cell leukaemia.

التدبير إجراء معالجة بالأشعة للمشاكل الهيكلية. معالجة كيماوية (باستخدام ميلفالان Melphalan وحده أو بالمشاركة مع سيكلوفسفاميد، فينكرستين، بريدنيزلون). تُعالج فرط الكلسمية بالإماهة، والفروسميد Frusemide، والستيرويدات القشرية، إيتودرونات ثنائية الصوديوم أو ميترامِيسين (ص 334). إجراء فصادة المصورة لمعالجة فرط اللزوجة. نقل كريات الدم الحمر عند الحاجة. يمكن معالجة ورم للمصوريات الوحيد بالجراحة أو التشعيع.

الجدول 18 - 10، أسباب سرعة التثفل الشاذة

أسباب ارتفاعها	الحمل
	المسنون
	الخمج
	النقيوم المتعدد
	أمراض المِغراء
	الخباثات
	أمراض الرّاصات الباردة
	الأذيات
	فقر الدم
أسباب انخفاضها	كثرة الحمر
	نقص حجم المصورة
	الولدان
	مرض الخلية المنجلية
	الدم المتجلط
	وجود الغلوبلينات القرّية بالدم Cryoglobulinaemia

الإنذار يبلغ معدل البُقيا الوسطي حوالي السنتين، وربما نجم ذلك عن الابيضاض النقوي الحاد. العوامل المسيئة للإنذار هي اليوريا >10 ميلي مول/ل، الخضاب <7.5 غ/دل، نقص الفعالية.

وجود الغلوبلين الكبري بالدم (والدنستروم)
WALDENSTROM'S MACROGLOBULINAEMIA

خباثة نادرة تصيب الخلايا البائية تترافق مع إنتاج IgM وحيد النسيلة وفرط اللزوجة، معدل إصابة الذكور > الإناث، هذا وتحدث الإصابة عند المسنين عادة.

اللامح السريرية وسن، نزف، صداع، دوام، دوار، تخليط، زيادة قابلية التعرض للتخمج، ظاهرة رينو، خُثارات، نقص الوزن، اعتلال عقدي لمفي، قصور القلب.
الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل: فقر دم سوي الخلايا، تعداد كريات الدم البيض والصفيحات ضمن الحدود السوية. • ارتفاع سرعة التثفل. • يُظهر نقي العظم وجود ارتشاح باللمفاويات والخلايا المصورية. • يظهر شريط من IgM وحيد النسيلة عند إجراء رحلان كهربائي للبروتينات.

التدبير فصادة للصورة. كلورامبوسيل Chlorambucil. سيكلوفسفاميد. ستيرويدات قشرية.

الإنذار معدل البُقيا الوسطي خمس سنوات.

الداء النشواني AMYLOIDOSIS

مجموعة من الاضطرابات تمتاز بارتشاح النسج بمادة حَمضية تظهر بلون أخضر زُمردي مزدوج الكسر عند صبغها بصبغة أحمر الكونغو. التصنيف موجود في الجدول (19 - 10).

اللامح السريرية تختلف اعتماداً على النسج المصابة، فمثلاً قد يكون التظاهر على شكل اعتلال عصبي محيطي، متلازمة النفق الرُسغي، ضخامة اللسان، سوء امتصاص، اعتلال مفصلي، اعتلال عضل القلب، نزف، المتلازمة الكلائية، ضخامة الكبد والطحال، تخليط.
الاستقصاءات • خزعة نسيجية (من المستقيم، أو الكلية أو الكبد عادة). • اعتلال غلوبليني وحيد النسيلة. • البحث عن حالات مستبطنة.

الجدول 19 - 10: تصنيف الداء النشواني		
النمط	الأمراض المرافقة	طبيعة الترسبات
حلوي مناعي	نقيوم، داء والدنستروم	لييفات نشوانية AL مشابهة للسلاسل الخفيفة الوحيدة النسيلة.
مجموعي تفاعلي	التهاب المفصل الرثياني، اخماج، ورم كظري Hypernephroma، لمفوم.	لييفات نشوانية AA، مُتشكّلة من طلائع مصلية SAA (منبهة بالإنترلوكين 1).
وراثي	عائلي، حمى البحر الأبيض المتوسط، انماط عائلية أخرى.	لييفات نشوانية AA، لييفات نشوانية AF (مشابهة لبروتين ما قبل الألبومين).
شيخوخي	داء نشواني قلبي شيخوخي	مثل اللييفات النشوانية
اورام صماوية	متلازمة الأورام الصماوية المتعددة MEN II	هرمونات مثل كلسيتونين (لييف AE mct).

التدبير معالجة داعمة للقصور الكلوي وقصور القلب مثلاً. معالجة الحالات المستبطنة. إعطاء كولشيسين في حمى البحر الأبيض المتوسط العائلية.

اضطرابات النزف BLEEDING DISORDERS

يشتمل الإرقاء الدموي على سلسلة مُعقّدة من الخطوات المتضمنة لتشنج الأوعية الصغيرة كاستجابة للأذية، تشكّل سدادات من الصفيحات على سطح الظهارية المعطوبة، وأخيراً قدح آلية شلال التخثر لإيقاف النزف؛ وعليه فهناك العديد من الطرق التي يستطيع الإرقاء الدموي أن يؤثر بها بشكل عكوس مما يؤدي لحدوث النزف. يختلف موضع النزف باختلاف الشذوذات.

النزف الجلدي/المخاطي: اضطراب الأوعية/الصفيحات.

الكدمات الجلدية/مفاصل مُدماة : اضطرابات التخثر

التصنيف، موجود في الجدول (20 - 10).

الاستقصاءات العامة • التعداد الدموي الكامل، فلم الدم، بزل نقي العظم أو خزعه اللب، زمن نزف بالمِرْصاف (المعير) Template (2 - 7 دقائق). • دراسات على الصفيحات (تعداد، التصاق، تكدُّس). • دراسات تخثرية: الجملة الخارجية والداخلية (الصفحة 212). • مقايسة عوامل تخثر نوعية (مثل العامل الثامن VIII). يجب قياس

مستوى الفيبرينوجين (مولد الليفين)، ونواتج نكوص الليفين إذا كان هناك ش
بوجود تخثر منتشر داخل الأوعية. • يمكن تقييم مثبطات الإرقاء الدموي (مض
الترومبين الثالث antithrombin III) أيضا.

الجدول 20 - 10 : تصنيف اضطرابات النزف

الخلل في الأوعية الدموية:	**فرفريات وعائية** • ادوية: أسبرين، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، فروسميد Frusemide. • أخماج: مكورات سحائية، تيفية، التهاب الشغاف الجرثومي تحت الحاد. • تأقانية: شنلاين - هنوخ. • استقلابية: يوريمية، قصور الكبد. • بثع. **توسع الشعيريات النزفي الوراثي**
الخلل في الصفيحات:	**قلة الصفيحات** • غامضة، ثانوية **كثرة الصفيحات** **وهن الصفيحات**
الخلل في شلأل التخثر:	**وراثي** • الناعور A، الناعور B، داء فون ولبراند **مكتسب** • مضادات التخثر الفموية، أمراض الكبد، عوز فيتامين K، أسواء الامتصاص، التخثر المنتشر داخل الأوعية.

قلة الصفيحات HROMBOCYTOPENIA

يمكن أن تنجم قلة الصفيحات عن عدد متباين من الأسباب (الجدول 21 - 10).

الجدول 21 - 10: أسباب قلة الصفيحات

نقص إنتاج نقي العظم:	متلازمة فنكوني، ارتشاح النقي، الاضطرابات التكاثرية اللمفية، الكحولية، اليوريمية، أخماج الحُمات.
انخفاض بقيا الصفيحات:	نقص الصفيحات الغامض، الذأب الحمامي المجموعي، أدوية، تيازيدات، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، ريفامبيسين، السلفوناميدات، بعد نقل الدم غير الموافق.

زيادة استهلاك الصفيحات:	التخثر المنتشر داخل الأوعية، المتلازمة اليوريميائية الانحلالية، أدوية - هيبارين، أخماج، مكورات سحائية، التهاب الشغاف الجرثومي تحت الحاد.
توسُّط الصفيحات Sequestration	نقص الحرارة، فرط الطحالية.
فقد الصفيحات:	نزف غزير (كتلي).

فرفرية قلة الصفيحات الغامضة
Idiopathic Thrombocytopenia Purpura (ITP)

... بشكل تال لخمج الحُمّات، وتمتاز بانخفاض شديد في عدد الصفيحات الجوّالة (... رانية). ربما كانت ناجمة عن هجمة من أضداد IgG. معدل الحدوث متساو عند ... في الشكل الحاد منها ؛ والذي وقوعه الأعظمي في فترة الطفولة. معدل إصابة ... > الذكور وتساوي 3:1 في الشكل المزمن والذي يُصادف عند البالغين عادة.

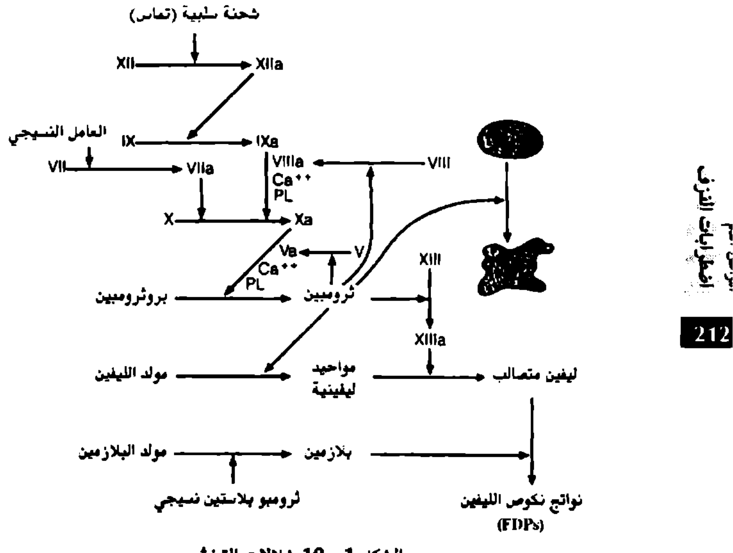
... تعداد الصفيحات السوي 150 - 350 × 10^9/ل، يحدث ميل للنزف عند المريض إذا ... تعداد الصفيحات تحت 50×10^9/ل، بينما يكون المريض معرضاً لخطر كبير ... بنزف عفوي داخل القحف إذا انخفض التعداد تحت 20×10^9/ل.

الملامح السريرية نزوف في الجلد (فرفريات، كدمات)، رُعاف، نزف معدي معوي ... داخل القحف، بيلة دموية، صُداع ودوام. يتضخم الطحال غالباً، لكنه لا يكون ... وساً عادة.

الاستقصاءات • نقي العظم: قلة الصفيحات مع كون عدد النواءات سوياً أو مرتفعاً.
• تعداد كريات الدم البيض ومستوى الخضاب ضمن الحدود السوية.
• ... إثبات وجود أضداد الصفيحات.

التدبير هذا المرض محدود ذاتياً في فترة الطفولة عادة، ونادراً ما يحتاج لمعالجة فعالة. يُعطى البريدنيزولون 60 مغ/يوم بشكل أولي عند البالغين. ربما كانت هناك حاجة لاستئصال الطحال. المرضى الذين جرى استئصال الطحال عندهم أكثر عُرضة للإصابة بالأخماج بالكائنات الحية الإيجابية الغرام وذات المحفظة (مثل المكورات الرئوية) وعليه فهناك حاجة لإعطاء البنسلين بشكل وقائي و/أو التلقيح ضد المكورات الرئوية قبل استئصال الطحال. يمكن استخدام كابتات المناعة في الحالات المقاومة (سيكلوفسفاميد، آزاثيوبرين، كلورامبوسيل، فينكريستين). إعطاء الغلوبلين المناعي الإنساني وريدياً مفيد في بعض الحالات.

يحدث تصلُّد سدادة الصفيحات عبر تشكل مكاثير ليفينية مُتصالبة Polymers (الشكل 1 - 10) تنقلب طلائع بروتينات التخثر (مُولّدات الإنظيمات) إلى بروتيازات فعّالة نتيجة فعل أسلافها في جملة الشلال. وهذا يؤدي لحدوث تضخّم سريع في عملية التحلُّط مؤدياً لإنتاج شبكة ليفينية ثابتة، تنكبح هذه الجملة بواسطة عوامل مُثبِّطة تقوم بتعديل العوامل المُفعّلة بسرعة (مثل مضاد الترومبين III، مثبط الإستراز C_1، البروتينات C و S ومضاد التربسين α_1). يتخرب مكثار الليفين بالجملة الحالة لليفين (الشكل 2 - 10).

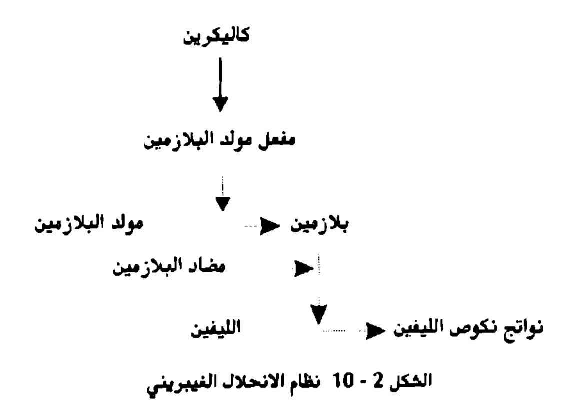


الشكل 1 - 10 شلالات التخثر

تحتاج الجملة الخارجية للثرومبوبلاستين النسيجي للتفعيل، هذا الثرومبوبلاستين يتحرر من النسج المصابة. تنعكس المسالك الخارجية والمشتركة في النسبة النظامية الدولية INR وهي تتأثر بالوارفرين (يُنقص اصطناع الكبد للعوامل 2، 7، 9، 10). تحتاج الجملة الداخلية لتفعيل العامل 12 عبر التماس مع نسج تحت الظهارة، أو مع إنظيمات مثل كاليكرين. تنعكس (تظهر) المسالك الداخلية والمشتركة بزمن الثرمبوبلاستين الجزيء مع الكاؤلين (PTTK). يمارس الهيبارين عمله بتقوية تأثير مضاد الثرومبين III، وأفضل طريقة لقياس زمن ضبطه هو PTTK أو ...

الثرومبوبلاستين الجزئي المُفعّل (APPT).يمكن معاكسة فرط جرعة الوارفرين على المدى القصير بإعطاء المصورة الطازجة المجمّدة. يُعاكس إعطاء فيتامين K وريدياً الميل للنزف خلال 24 - 48 ساعة، لكنّه يجعل المريض عصياً على الوارفرين لمدة 1 - 2 أسبوع.

يمكن معاكسة فرط جرعة الهيبارين بإعطاء البروتامين.



الشكل 2 - 10 نظام الانحلال الغيبريني

امراض الناعور HAEMOPHILIAS

امراض الناعور هي مجموعة من الاضطرابات الوراثية التي تؤدي لعوز واحد من عوامل ...لمل التخثر.

الناعور Haemophilia A

اضطراب صاغر (مُتنحي) مرتبط بالصبغي x، يُصيب الذكور وتحمله الإناث، يمتاز بعوز واحد من تحت واحدات العامل 8 (تحت الوحدة 2 من العامل الثامن). تكون مستويات ... الوحدة RAG وتحت الوحدة RiCoF من العامل الثامن سوية. يُعتبر المرض خفيفاً إذا ... نسبة العامل الثامن الموجودة <5%، بينما يعتبر متوسطا إذا كانت النسبة 1- 5% ...شديداً إذا كانت <1%. قد لا يمكن إثبات وجود ارتباط وراثي أحياناً، وعندها يُعتقد ...ن المرض ناجماً عن حدوث طفرة.

الملامح السريرية تكدُّم وتدمي شديدان في المفاصل منذ بدء حُبُو الطفل يحدث ألم، تورُّم، حرارة وأحيانا تشوه في المفاصل المصابة. يحدث نزف داخل العضلات غالبا. ربما حدثت ...ف داخل البطن أو خلف الصفاق، أو داخل القحف. ربما حدث التهاب الكبد بالحمة ... وبالحمة C، وحمج بحمة عوز المناعة المكتسب كمضاعفة لهذا المرض وذلك بعد نقل ...ائج الدم.

الاستقصاءات • القصة السريرية • مقايسة العامل الثامن.

التدبير يُعتبر إجراء معالجة مبكرة في المنزل، امراً حياتياً. يمكن رفع مستويات العامل الثامن بإعطاء رسابة قرية او رُكازة جافة مُجمدة من العامل الثامن. هناك حاجة للإعطاء للتكرر لهذه المواد لأن نصف عمر العامل الثامن هو 8 ساعات فقط. يمكن لإعطاء مضادات حالات الليفين فموياً مثل حمض ترانيكساميك Tranexamic acid او ديسموبرسين Desmopressin، ان يقلل من الحاجة للعامل الثامن. يمكن ان تتطور مثبطات هذا العامل، عندها قد نحتاج لإعطاء جرعات عالية منه، او لفصادة للصورة للتغلب على هذه المثبطات. يفيد التحريك للبكر في الوقاية من حدوث التقفعات. اصبح وضع التشخيص قبل الولادة ممكنا حالياً.

الناعور "ب": داء كريسماس — Haemophilia B: Christmas Disease

عوز مرتبط بالصبغي × للعامل التاسع. أقل شيوعاً بعشر مرات من الناعور "أ". الملامح السريرية مشابهة لتلك المصادفة في الناعور "أ". المعالجة بإعاضة العامل التاسع (الموجود في المصورة الطازجة المجمدة).

داء فون ويلبراند — Von Willebrand's disease

يتم توريثه كصفة جسمية سائدة، نسبة إصابة الذكور والإناث متساوية. هناك عوز مُتغيّر (متباين) في كل من تحت الوحدتين RAG و RiCoF للعامل الثامن مع كون مستوى تحت الوحدة C للعامل الثامن سويا.

تحت الوحدة RAG للعامل الثامن ضرورية للالتصاق السوي للصفيحات على الظهارة، ولهذا يمتاز هذا المرض بزمن نزف متطاول بشكل شاذ.

الملامح السريرية نزوف في الجلد/الأغشية المخاطية، بعد قلع الأسنان مثلاً، المفاصل المدماة نادرة.

الاستقصاءات • قصة عائلية. • زمن النزف متطاول. • تعداد الصفيحات سوي لكن وظيفتها شاذة. • تكدُّس ضعيف بالريستوستين مع خلل الالتصاق على الخرزات الزجاجية • انخفاض مستويات المقايسة لتحت الوحدتين RAG و RiCoF للعامل الثامن.

التدبير مصورة طازجة مجمدة، رسابة قرية، ركازة العامل الثامن او DDAVP.

التخثر المنتشر داخل الأوعية
DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION (D. I.C)

وهي العملية التي يحدث فيها تخثر وانحلال الليفين في الدوران بشكل متزامن.

اللامح السريرية تكدّم واسع، نزٌّ من مواقع بزل الوريد، نزف مخاطي. يكون المريض بحالة عامة سيئة جدا عادة (انخفاض الضغط، نقص التأكسج، ترفع حروري، تخليط).

الاستقصاءات • قلة الصفيحات. • تشدُّف الكريات الحمر على فلم الدم. • تطاول PTR، زمن الترومبوبلاستين الجزئي مع الكاولين PTTK والترومبين. • انخفاض مستوى مولد الليفين (الفيبرينوجين). • ارتفاع مستوى نواتج نكوص الليفين.

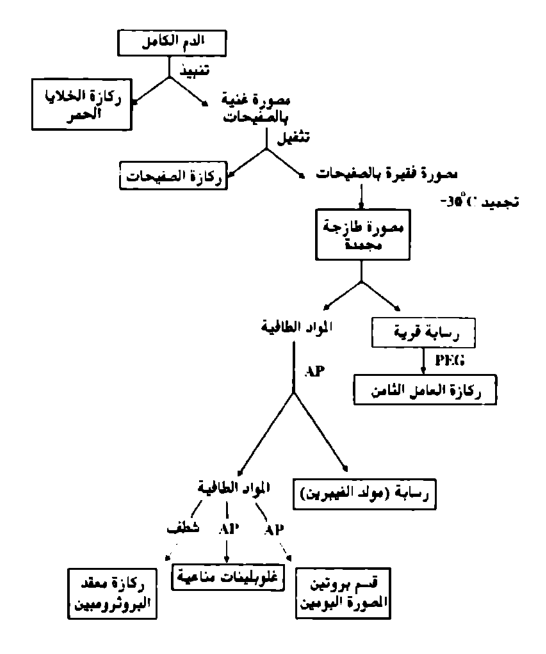
المسببات (الجدول 22 - 10).

الجدول 22 - 10 : أسباب التخثر المنتشر داخل الأوعية	
ديفانات جرثومية	إنتانمية ـ مكورات سحائية، جراثيم سلبية الغرام.
طفيلمية (وجود الطفيليات في الدم)	البرداء
خمج حموي	الحمى الصفراء
التهاب المعثكلة الحاد	
الصدمة	نقص الحجم، التأقية، الحروق.
جراحة كبرى	
مجازة قلبية رئوية	
نقل دم غير موافق	
صمة رئوية	
صمة دهنية	
أسباب توليدية	صمة صائية، انفكاك المشيمة، موت داخل الرحم، ارتعاج.
خباثات	ابيضاض الدم، ورم كبدي، سرطان الكلية، سرطان الثدي، سرطان الرئة، سرطان معدي معوي، سرطان الموثة.
حماض كيتوني سكري	
أم دم أبهرية	
سمم الحيّة (سم الأفعى)	
التهاب الأوعية	

التدبير تحديد ومعالجة السبب المستبطن. تقديم إجراءات داعمة مثل الأكسجين. الصادات. تمديد السوائل. إعاضة عوامل التخثر لإيقاف النزف (دم طازج. رسابة قرية، صفيحات). يمكن استخدام الهيبارين لإيقاف وإحصار عملية التخثر. نادراً ما تستخدم العوامل المضادة لحل الليفين مثل حمض ترانيكساميك Tranexamic.

نواتج الدم واستعمالاتها BLOOD PRODUCTS

يتم جمع 450 مل من الدم من الأشخاص المُعطين في كل عملية قطف للدم. تتألف علبة الجمع من كيسين أو ثلاثة أكياس منفصلة، وعليه يمكن الحصول على التجزيء بقليل من التداخل الخارجي مما يُقلّل من خطر إحداث الخمج (الشكل 3 - 10).



الشكل 3 - 10 تجزيء الدم

الدم الكامل (مجمل الدم) Whole blood

يستخدم في بعض الأحيان فقط لتأمين استرداد سريع للكريات الحمر بعد النزوف الشديدة (الكتلية). تهبط عيوشية الدم الكامل بسرعة أثناء التخزين، يحدث تخرب الصفيحات وعوامل التخثر بعد 4 - 5 أيام.

ركازة الكريات الحُمر Red cell concentrate

المستحضَر الأفضل في تدبير النزف الفعال، وفي التصحيح الانتخابي لفقر الدم المزمن. تحتوي الوحدة الواحدة من ركازة الكريات الحمر على 300 مل من السوائل تقريبا مع نون الكسر الحجمي للخضاب 70%. تُخزَّن الكريات الحمر في محلول مُضاف لحد أقصى لاستخلاص المصورة بهدف استخدامها لأغراض أخرى.

ركازة الصفيحات Platelet concentrate

يتم استحضارها بتنبيذ المصورة الغنية بالصفيحات. تحتوي كل وحدة على 50×10^9/ل، من الصفيحات تقريبا. يتم تقديم 5 وحدات عادة في كل عملية نقل للدم. تتطور أضداد لمستضدات الـــ هلا HLA المُشتقة من الصفيحات عند بعض الأشخاص، وعندها يجب تزويد هؤلاء المرضى بصفيحات من مانح وحيد.

ركازة الكريات البيض White cell concentrate

تستخدم بشكل نادر فقط، لأنّه من الصعوبة بمكان تقديم كميات كافية من الكريات البيض لمقاومة الخمج (العمر النصفي 8ساعات فقط). تُعبِّر العدلات عن الهلا وعن المستضدات النوعية للكريات البيض بشكل فعال جدا، ومن الشائع جداً تطوّر أضداد مترافقة مع تفاعلات غير انحلالية بعد نقل الدم. يستجيب معظم المرضى المصابين بإنتان وقلة البيض للصادات الواسعة الطيف.

نواتج المصورة Plasma products

نواتج المصورة غير حاوية على خلايا، ولا تحتاج لإجراء عمليات تصالب عليها، لكن من الضروري إجراء تزمير للدم (تحديد الزمرة الدموية). المصورة الطازجة المُجمَّدة Fresh frozen plasma مُصوّرة فقيرة بالصفيحات يمكن تخزينها في درجة حرارة −30 درجة مئوية، علماً أن فترة حياتها على الرف تبلغ 3 - 6 أشهر. تحتوي المصورة الطازجة المُجمّدة على كل عناصر المُصورة السوية، وهي مفيدة بشكل خاص عندما يكون هناك حاجة لإعاضة عدة عوامل كما في التخثر المنتشر داخل الأوعية، النقل الكبير لكريات الدم الحمر أو إعاضة عوامل التخثر المعوَّزة بسبب قصور الكبد أو فرط جرعة الوارفرين.

الرُسابة القريّة: تُستحْضَر من المصورة الطازجة المُجمّدة بعد جعلها تذوب ببطء في الدرجة +4 مئوية. تتشكل رسابة غنية بالعامل الثامن وعامل فون ويلبراند، مولد الليفين (الفيبرينوجين) والعامل الثاني عشر. يمكن إعادة تجميد الرُسابة وتخزينها لمدة 3 - 6 أشهر.

رُكازات العامل الثامن: تُستحْضر بإجراء المزيد من التجزيء للرسابة القريّة، وتستطب بشكل نموذجي في معالجة الناعور "أ". يتم تجميع المصورة المقطوفة من عدد كبير من المعطين، وتحضير المستحضر منها. في الماضي أدتِ تقنيات التعقيم، التي لم تصل للحدود المثالية، لحدوث معدلات عالية من الخمج بالحُمّات عند المرضى المنعورين (المصابين بالناعور) وخاصة حمات التهاب الكبد "B" و"C" وحُمة عوز المناعة المكتسب. تضمن تقنيات التعقيم المستمر إجراء معالجة حرارية للمنتجات المُجَفدة (المجففة بالتجميد).

الرُكازة المعقدة للبروثرمبين: تحتوي على العوامل: الثاني، السابع، التاسع، العاشر، وهي تستطب في الناعور "ب".

الغلوبلين المناعي الإنساني: يستخدم الغلوبلين المناعي اللانوعي في أعواز المناعة الولادية والمكتسبة، وفي معالجة الفرفرية بنقص الصفيحات الشديدة. تستخدم غلوبلينات مناعية نوعية بعد تعرض المرضى اللاممنعين لأخماج حموية خطيرة معينة مثل التهاب الكبد بالحمة B، الحصبة الألمانية (عند النساء الحوامل)، الحلأ المنطقي، الكَلَب، الكزاز، الحصبة (عند المكبوتين مناعيا).

المحاليل الحاوية على الألبومين: يتوفر عدد من النواتج بدرجات متباينة من نقاوة الألبومين مثل محلول بروتين المصورة PPS، محلول الألبومين الإنساني. هذه المحاليل مفيدة في حالة سريريتين كمُوسعات للمصورة عند مريض مصاب بنزف حاد بانتظار الدم، وللمحافظة على مستويات الألبومين في المصورة عند المرضى المصابين بسوء تغذية شديد أو في الحالات المُضَيعة للبروتين. يعتبر الألبومين الفقير بالملح عاملاً مُمدِّداً ويستخدم عادة في قصور الكبد فقط.

نقل الدم BLOOD TRANSFUSION

يُصادف العديد من المشكلات الكامنة في كل حالة يتم فيها نقل أحد نواتج الدم. ولسوء الحظ فإن جميع هذه النواتج الممنوحة تحمل في طياها مواد خامجة غير مرغوب فيها مثل: حمات عوز المناعة المكتسب، وحُمات التهاب الكبد B و C وذلك رغم اتخاذ احتياطات تقصّي واسعة، وعليه فيجب استخدامها بشكل حكيم.

المضاعفات مُجدولة في الجدول 23 - 10).

الجدول 23 - 10 : مضاعفات نقل الدم

نقل دم لا متوافق (متنافر)	
فرط حمل دوراني	
تفاعلات حُمية	الأرج الناجم عن التحسس لعمليات نقل دم سابقة
اخماج	التهاب الكبد بالحمة ب و ج. الحُمة المضخمة للخلايا، حُمة عوز المناعة المكتسب، كثرة الوحيدات الخمجية، الإفرنجي.
السمية بالبوتاسيوم/سترات	
التهاب وريد خثاري	
سُحار حديدي Siderosis بعد نقل الدم	
نقل كميات كبيرة من الدم	تخثر منتشر داخل الأوعية، حماض، فرط البوتاسمية، نقص الصفيحات.

تفاعلات نقل الدم BLOOD TRANSFUSION REACTIONS

ـا كان تالياً لـــ: أخطاء كتابية، عدم الحرص في تنميط الزمر الدموية AB O أو التنميط ـر المتوافق للزُميرات مثل العامل الريصي. يجب دوماً إجراء عمليات نقل الدم ببطء، وإجراء مناطرة وثيقة لسرعة النبض، ضغط الدم، النتاج البولي، درجة الحرارة.

الملامح السريرية تبدأ خلال دقائق من بداية نقل الدم: تململ، رعدات، طفح شروي، ـج قصبي، حكة، غثيان، قياء، ألم صدري، ألم قطني، نقص الضغط، دوران محيطي ـعيف، حمى، يرقان، قصور كلوي، شحيح البول في الحالات الشديدة.

الاستقصاءات • فحص مزدوج للزمرة الدموية لكل من المريض والمُعطي. • التعداد الدموي الكامل، تقصي انحلال الدم، تقصٍ كامل للتجلط.

التدبير قُمْ بإيقاف عملية نقل الدم فوراً. وأعد ناتج الدم المنقول لبنك الدم. اعط 100 - 200 مغ من الهيدروكورتيزون وريدياً و10 مغ من كلورفينيرامين وريدياً ايضاً. ربما كانت هناك حاجة لتقديم المانيتول لتنبيه الإبالة. يجب التعامل مع القصور الكلوي الحاد والصدمة بطريقة مناسبة.

تنميط النسج TISSUE TYPING

تحتوي أغشية كريات الدم الحمر على عدد من المستضدات السطحية تتضمن: ABO، العامل الريصي، لويس، P، Ii، وهي تُورَّث بشكل صبغوي جسدي. وظيفة هذه المستضدات غير معروفة، وربما ساعدت في المحافظة على سلامة الأغشية. توجد أضداد للكريات الحمر في المصل، حيث يتم إنتاجها كاستجابة للتنبيه الناجم عن وجود مستضدات ملائمة على سطح كريات الدم الحمر، ولكنها قد توجد في الجراثيم وفي مواد غذائية معينة. انظر شيوع الزمر الدموية المختلفة (الجدول 24 - 10). يُعتبر حملة الزمرة الدموية O مُعطين عامِّين (شاملين) بينما يعتبر حملة الزمرة AB آخذين عامِّين.

الجدول 24 - 10، وقوع الزمر الدموية A B O والأضداد المصلية في المملكة المتحدة

الزمرة الدموية	الضد الموجود في المصل	الشيوع (%) في المملكة المتحدة
A	مضاد لـ B	%42
B	مضاد لـ A	%8
AB	لا توجد اضداد	%3
O	مضاد لـ A / مضاد لـ B	%47

يمتلك 85% من سكان أوروبا تقريباً المستضد D على سطح كريات الدم الحمر ويعتبرون إيجابيي العامل الريصي (Rh).

نظام الهلا HLA SYSTEM

مستضدات الكريات البيضاء الإنسانية (هلا HLA)، هامة في إحداث الاستجابة المناعية المسؤولة عن رفض النسج الغريبة بما فيها الطعوم الإسوية. يتم تحديدها وترميزها وراثياً بواسطة باحة على الصبغي 6 تعرف بمستضدات التوافق النسيجي العظمى MHC، توجد أنظمة الهلا على سطوح الخلايا في معظم النسج، ويمكن تقسيمها لأنماط: HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-D, HLA-DR, HLA-DW، تترافق أنماط وراثية مُعينة مع حدوث أمراض معينة (الجدول 25 - 10).

يتم إجراء التنميط وتحديد الهلا للنسج قبل عمليات اغتراس الأعضاء (باستثناء الكبد) لأنّ النسج المتوافقة من ناحية الهلا تمتلك فرص البقاء الأفضل.

الجدول 25 - 10: ترافق الـ هلا مع الأمراض	
التهاب المفصل الرثياني	: DR_4.
داء أديسون	، DW_3، B_8.
التهاب المفاصل السلبي المصل	، B_{27}.
الانسمام الدرقي	: DR_3، B_8.
الداء السكري المعتمد على الأنسولين	، B_8، B_{15}، DR_3. DR_4.
الوهن العضلي الوبيل	، B_8.
الصُباغ الدموي	، A_3. B_{14}.
التصلب المتعدد	، DRW_2.
الداء البطني	: B_8.

11

الأمراض الرثوية
Rheumatology

التهاب مفاصل مُتعدّدة التهابي مزمن، مخرب ومشوه، يترافق مع اضطرابات مجموعية، ومع العديد من الآفات خارج المفصل، كما يترافق مع وجود أضداد دورانية للغلوبلينات (العوامل الرثيانية RF).

السببيات والإمراض مرض غير معروف السبب، يبلغ شيوعه عند البالغين 3%، يبدأ بشكل شائع في بداية البلوغ، ويترافق مع زيادة هامة في HLA D4 و HLA DR4، هناك أيضاً زيادة في وقوعه عند القاطنين في المدن، مما قد يوحي بأهمية العوامل البيئية. نسبة إصابة الذكور < الإناث: 3:1. تشير الدلائل لوجود فرط فعالية مناعية مستمرة، ووجود مناعة ذاتية، ووجود معقدات مناعية في مواقع الآفات المفصلية وخارج المفصلية. يحدث إنتاج أضداد غلوبلينية دورانية IgG، و IgM، و IgA (العوامل الرثيانية) كاستجابة لوجود مستضد غير معروف، مما يؤدي لتحريض الجهاز المناعي مع ما ينتج عن ذلك من التهاب وتخريب نسيجي. يصبح الغشاء الزليلي للمفصل متورما ومحتقنا باللمفاويات، والعدلات والخلايا المصورية والبالعات. كما ويعطي المفصل مظهرا نسيجيا لنسيج حبيبي وهو ما يعرف بالسَبَل "Pannus". يُحدث هذا السبل تخريبا في الغضروب المفصلي والعظم تحت الغضروف، مما يؤدي لظهور تآكلات عظمية. كما ويحدث تليّف وقسط عظمي وانصبابات مفصلية وضمور للعضلات المجاورة.

تحتوي العقيدات تحت الجلد على ألياف مغرانية مُقطّعة، وخُطام خلوي ونضحة محاطة بفراش من الخلايا الوحيدة المنواة. لا يوجد ما يشير حتى الآن لوجود أي جرثوم أو حمة معينة تُحرّض المستضد. غالباً ما تحدث هدأة للمرض أثناء الحمل وقد يحدث النكس بعد سن الإياس.

الملامح السريرية بداية مخاتلة لألم مفصلي متناظر، بالإضافة لتيبُّس وتورم، والتي غالباً ما تلاحظ في الصباح، وعادة ما تصيب اليدين والقدمين والمعصمين أولا.

إنّ تورم المفاصل بين السلاميات الدانية (PIP)، وليس القاصية (DIP)، هي التي تعطي الأصابع المظهر "المغزلي"، كما ويؤدي تورم المفاصل المشطية السلامية (MTP) لاتساع مقدم القدم Fore foot. تحدث إصابة المفاصل الأخرى أثناء ترقي المرض، هذه الإصابة التي تشمل: المرفقين، المنكبين، الركبتين، الكاحلين، المفاصل الرصغية Torsal، العمود الرقبي، المفصلين الصدغيين الفكيين. تعف الإصابة عن مفصلي الورك. تتضمن الملامح المجموعية الحمّى، الدعث، التعرق الليلي، نقص الوزن والذي قد يصادف أحيانا. قد تتشكل كيسة مأبضية (كيسات بيكر) والتي تُقلّد الخثار الوريدي العميق. يتخرب العظم مما يسبب زيادة عدم ثباتية المفصل، خلعا جزئيا، قسطا، نقص التحرُّك. تحدث تشوهات مميزة تتضمن

انحرافاً زندياً للأصابع بسبب الخلع الجزئي في المفاصل السنعية السلامية Metacarpo، وفقدان وظيفة الأصابع بسبب فرط انبساط المفاصل بين السلاميات الدانية المترافق مع الانعطاف الثابت في المفاصل بين السلامية القاصية "عنق البجعة"، أو بسبب الانعطاف الثابت للمفاصل بين السلاميات الدانية المترافق مع فرط انبساط المفاصل بين السلاميات القاصية "تشوه Z في الإبهام". قد يحدث تمزق الأوتار الباسطة في اليد بشكل ثانوي، إمّا لالتهاب الوتر والغشاء الزليلي، أو نتيجة حدوث شدّ على الوتر عند مروره فوق الناتىء الإبري البارز للعظم الزندي. تؤدي إصابة القدمين إلى حدوث أباخس Toes مخلبية والشعور بإحساس مؤلم "المشي فوق الحصى" نتيجة انكشاف الرؤوس المشطية. قد يحدث ألم رقبي شديد، وقد تحدث مضاعفات كامنة مميتة نتيجة الخلع الجزئي الأطلسي المحوري. التظاهرات الأخرى مُوضّحة في (الجدول 1 - 11).

الجدول 1 - 12 : التظاهرات خارج المفصلية لالتهاب المفاصل الرثياني
وهن نقص الوزن دعث وسن ألم عضلي عقيدات رثيانية فوق النواتيء العظمية مثل المرفقين، القذال، المنكبين، العرقوب (وتر أشيل). الأوتار القابضة للأصابع (مسببة القدح). آفات وعائية مثل: احتشاءات السرير الظفري أولب الإصبع، نخر جلدي، تقيح الجلد المواتي. ظاهرة رينو اعتلال عقدي لمفي تخلخل العظام علامات عينية مثل: التهاب القرنية والملتحمة الجاف، التهاب ظاهر الصلبة، تليُن الصلبة، التهاب الصلبة العقيدي، تلين الصلبة الثاقب. علامات قلبية مثل: التهاب التامور. التهاب عضل القلب. شذوذات التوصيل. التهاب الشغاف. قلس الأبهر. اعتلال عضل القلب. علامات رئوية مثل انصبابات جنبوية. تليف خلالي، استرواح الصدر، التهاب القصبات، عقيدات، ذات الجنب، صرير ناجم عن التهاب المفصل الحلقي الطهرجهالي، التهاب القصبات المسد، التهاب الأوعية الرئوية، تغبُر الرئة الرثياني (متلازمة كابلان). علامات عصبية مثل: التهاب عصب وحيد متعدد، اعتلال العصب الانضغاطي (الاحتجازي، الاحتبالي)، الاعتلال العصبي الحسي القاصي، اعتلال النخاع الرقبي. علامات دموية مثل: فقر الدم سوي الكريات سوي الصباغ، بعوز الحديد، بسبب فقد الدم من السبيل الهضمي أوالاستفادة المعيبة، فقر دم انحلالي إيجابي اختبار كومبز. متلازمة فلتي، فقر دم كبري الخلايا (عوز الفولات)، فرط اللزوجة. كثرة الصفيحات. علامات كلوية مثل: بيلة بروتينية. داء نشواني، التهاب كبيبات الكلى. التهاب الوتر التهاب الجراب

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل، سرعة التثفل. • البروتين التفاعلي، انخفاض مستوى الألبومين، فرط الغلوبلينات المناعية غاما، زيادة مستوى الفبرينوجين، مستويات المتممة الدورانية سوية عادة (بينما مستواها منخفض في السائل الزليلي)، تحري البروتين في البول. • تنظير المفصل وأخذ خزعة من الغشاء الزليلي. • معايرة العامل الرثياني (مثل روس وولر Rose Waaler) لتحري البروتين. ومهما يكن فقد يكون تحري العامل الرثياني سلبيا خلال المراحل المبكرة من المرض، وفي الحقيقة قد يبقى سلبيا في أكثر من 30% من الحالات. علما أننا قد نصادف قيما إيجابية كاذبة (الجدول 2 - 11). الملامح الشعاعية مُجدولة في الجدول (3 - 11).

التشخيص التفريقي النقرس، الذأب الحمامي المجموعي، التهاب الشرايين العقد، الحمى الرثوية، التهاب الجلد والعضلات، أمراض النسيج الضام المختلطة، التهاب المفصل الخمجي مثل: التدرن، الجراثيم، الحمّات. متلازمة رايتر، اعتلال مفصلي عظمي ضخامي، الغرناوية، الفصال العظمي، اعتلال المفصل الصُداقي، التهاب المفاصل بسبب المرض المعوي الالتهابي، ألم العضلات الرثوي، التهابات المفصل السلبي المصل.

الجدول 2 - 11: أسباب الإيجابية الكاذبة للعامل الرثياني
تصلب الجلد
الذأب الحمامي المجموعي
التهاب الشغاف الجرثومي تحت الحاد
التهاب الكبد المزمن الفعّال
التدرن
الجذام
الإفرنجي
الغرناوية
وجود نظير البروتين في الدم (مثل النقيوم المتعدد)
متلازمة شغرين
أمراض النسيج الضام المختلطة
التهاب المفصل الشبابي المزمن
البرداء

الجدول 3 - 11 : الملامح الشعاعية لالتهاب المفصل الرثياني	
المبكرة:	تورم النسج اللينة (الرخوة)
	تخلخل العظم حول المفصل.
	التهاب السمحاق.
	تآكلات - حول المفصل
	- كيسات تحت المفصل

الجدول 3 - 11 : اللامح الشعاعية لالتهاب المفصل الرثياني (تابع)	
المتأخرة:	تضيّق الأحياز المفصلية لا انتظام سطوح المفصل تخلخل العظم الخلع الجزئي (التفكك) القسط قُصال عظمي ثانوي

التدبير تثقيف المريض. معالجة فيزيائية. معالجة مهنية.

في المراحل الباكرة، نعطي مضادات الالتهاب الغير ستيروئيدية NSAID مثل (indomethacin, mefenamic acid, aspirin, naproxen). قد يكون مفيداً حقن الستيروئيدات القشرية في المفصل (triamcinolone, methylprednisolon) قد تحتاج الى تجبير المفصل في النوبات الحادة والشديدة.

اذا كان هناك استجابة ضعيفة نلجأ إلى الأدوية المعدلة للمرض المضادة للرثية DMARD.

في الحالات المتفاقمة:

ان الأدوية المعدلة للمرض تبطئ من تفاقم المرض. الـ Sulphasalazine يعطي استجابة خلال 1 - 3 أشهر. بعد إعطاء الذهب عضلياً أكثر فاعلية منه فموياً. هذه الأدوية لها تأثيرات جانبية خطيرة جدول (4 - 11).

قد تفيد الستيروئيدات القشرية الجهازية في الحالات الشديدة.

يمكن ان نخفض جرعة الستيروئيدات باعطاء 5 كابتات للمناعة مثل:
(chlorambucil, cyclophosph amide, azathioprine, methotrexate)

الجدول 4 - 11: التأثيرات الجانبية للأدوية الرثيانية المعدّلة للمرض	
البنسلامين	طفح، غياب حس الذوق، حمّى، غثيان، قياء، التهاب كبيبات الكلى، متلازمة غودباستشر، المتلازمة الشبيهة بالذأب الحمامي المجموعي، متلازمة الوهن العضلي، قلة الصفيحات، قلة الكريات الشاملة، قرحات فموية.
الذهب	قرحات فموية، المتلازمة الكلائية، طفح حاك، التهاب معوي قولوني، فقر دم لاتنسجي، التهاب كبيبات الكلى.
السلفاسالازين	كبت نقي العظم، طفح، غثيان.
الكلوروكين	إسهال، سمية عينية، ترسبات قرنوية عكوسة عند سحب الدواء، اعتلال الشبكية الدائم، فقر دم انحلالي.

الإنذار يكون سير المرض مزمناً عند معظم المرضى، مع ما يرافق هذا السير من هدآت ونكسات. يحدث بعد 10 سنوات من الإصابة بالمرض: هدأة كاملة في 25% من الحالات، ضعف متوسط في 40% من الحالات، ضعف شديد في 25% من الحالات، بينما يصبح

10% من المرضى مقعدين نتيجة هذا المرض. تتضمن عوامل سوء الإنذار في هذا المرض: ترقي المرض دون أن يتخلل هذا الترقي فترات من الهدأة، ارتفاع معايرات العامل الرثياني، وجود عقيدات رثيانية، حدوث تظاهرات خارج المفصل.

التهابات المفاصل الفقارية السلبية المصل
SERONEGATIVE SPONDARTHRITIDES

مجموعة من الحالات التي تمتاز بوجود مفاصل التهابية لا متناظرة قليلة، والتهاب المفصل العجزي الحرقفي، والتهاب العنبية الأمامية، وقوع (تكرر) عال لـ HLA-B27 مع سلبية اختبارات العامل الرثياني.

الأنماط:

- التهاب الفقار اللاصق
- التهاب المفصل الصُداقي
- متلازمة بهجت
- متلازمة رايتر
- التهاب المفصل الارتكاسي
- داء ويبل
- التهاب المفصل المرافق للاعتلال المعوي
- التهاب المفصل الشبابي المزمن

التهاب الفقار اللاصق (المقسط) ANKYLOSING SPONDYLITIS

مرض يصيب الشباب الذكور، ونسبة إصابة الذكور > الإناث 1:9، ذروة بدايته في العشرينيات، مجهول السببية، ولكن هناك ارتباط قوي مع HLA-B27.

اللامح السريرية يحدث في البداية ألم في أسفل الظهر، خاصة عند الصباح، كما ويحدث التهاب المفصل العجزي الحرقفي بالجانبين. ثم تترقى الإصابة فيحدث ألم ظهري في مستوى الفقرات الصدرية، وألم صدري جنبوي، وصلابة في العمود الفقري مع زيادة الحِداب. كما ويحدث فشل في غياب القعس القطني Lordosis عند الانحناء للأمام، والتهاب العرقوب، وحدوث ألم فوق القنزعة الحرقفية.

قد نصادف التهاب العنبية الأمامية، قلس الأبهر، تليفاً رئوياً قُمياً، تخلخل العظام، اعتلالاً عضلياً، الداء النشواني تحت خلع فهقيا محوريا.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل: (كثرة البيض)، ارتفاع سرعة التثفل. • البروتين التفاعلي C، فرط الغلوبلينات غاما في الدم. • سلبية العامل الرثياني. HLA-B27 . • شعاعيا: التهاب المفصل العجزي الحرقفي، السيساء الخيزرانية Bamboo، تآكلات، تصلب، قسط.

التدبير المحافظة على التحرك، معالجة فيزيائية، معالجة بالماء Hydrotherapy، مضادات التهاب غير ستيروئيدية، نادراً ما نحتاج للمعالجة بالأشعة او الجراحة.

التهاب المفصل الصُداف PSORIATIC ARTHRITIS

يصيب 7% من مرضى الصُداف. توجد أنماط مختلفة: إصابة المفاصل بين السلاميات القاصية مع تغيرات ظفرية، التهاب المفصل الرثياني السلبي المصل، التهاب المفصل الجَذْعي Multilans مع تخرب إصبعي، التهاب الفقار الرثياني، والمرض اللامتناظر الذي يصيب اليدين والقدمين.

الملامح السريرية يجب التفكير بالتشخيص عند ترافق الصداف مع التهاب المفصل. توهد الأظفار شائع عند إصابة المفاصل بين السلاميات القاصية.

الاستقصاءات • نفس استقصاءات التهاب الفقار الرثياني. • شعاعياً: إصابة لامتناظرة، إصابة المفاصل بين السلاميات القاصية، وتخلخل خفيف للعظام حول المفصل.

التدبير مضادات التهاب غير ستيروئيدية، methotrexate الذهب في المرض الشديد مع تجنب إعطاء مشتقات الكلوروكين. قد يكون السلفاسالازين Sulfasalazine مفيداً.

متلازمة بهجت BECHET'S SYNDROME

مشاركة بين التهاب المفصل، والتهاب القزحية، والتقرحات الفموية والتناسلية الراجعة. شائعة في مناطق شرق المتوسط واليابان، إصابة الذكور> الإناث، هناك مشاركة مع HLA B5، السببيات مجهولة.

الملامح السريرية كما سبق، بالإضافة لالتهاب وعائي مثل الحمامى العقدة، التهاب وريد خثاري، التهاب الغشاء الزليلي، التهاب السحايا، التهاب الدماغ، التهاب التامور، وقد يصادف التهاب المفصل العجزي الحرقفي.

الاستقصاءات كما في التهاب الفقار الرثياني.

التشخيص سريري عادة.

التدبير اعراضي بالنسبة للقرحات الفموية والتناسلية مثل إعطاء رهيم تبنيج موضعي Anaesthetic cream. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، إعطاء الستيروئيدات القشرية المجموعية وكابتات المناعة في المرض الشديد، خاصة إذا أصيبت العين. قد يكون للآزاثيوبرين والسيكلوسبورين دوراً في المستقبل.

متلازمة رايتر REITER'S SYNDROME

عبارة عن ثلاثية (مثلث Triad) مؤلفة من التهاب الملتحمة، والتهاب الإحليل، والتهاب مفاصل قليلة سلبي المصل في الطرف السفلي. يوجد شكلان لهذه المتلازمة:

الشكل التناسلي: يحدث بعد الخمج التناسلي.

الشكل المعوي: يلي حدوث خمج معوي بالشيغلة، السلمونيلة، اليرسنية، العطيفة Campylobacter عند المستعدين وراثياً. نسبة إصابة الذكور > الإناث 1:20 (لكن التهاب الإحليل لاأعراضي غالباً عند الإناث).

اللامح السريرية كما سبق، يصيب الركبتين بعد التعرض بـ 1 - 4 أسابيع، قد يكون راجعاً، رغم أن التهاب الإحليل قد لا يكون راجعاً دوماً. يحدث ألم ظهري، ألم في العقب (ناجم عن اعتلال مرتكز Enthesopathy المهماز العقبي)، إيلام في الأصابع، الآفات الجلدية شائعة مثل: التهاب الحشفة المتحلق، تقرن الجلد السيلاني، بقع، حطاطات، بثرات، حثل الأظفار، قشور. من النادر حدوث التهاب الجنبة والتهاب التامور.

الاستقصاءات كما في التهاب الفقار الرثياني، يتم التفكير بالتشخيص اعتماداً على التظاهرات التقليدية.

التدبير المرض محدود ذاتياً عادة بالرغم من ان 80 % يستمر ليعطي مرضاً فعالاً خلال 5 سنوات. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، رشف موضعي للمفصل، وزرق الستيروئيد القشري فيه، معالجة فيزيائية. صادات لمعالجة التهاب الإحليل كالتتراسيكلين أو الإريثروميسين. نادراً ما نعطي قطرات ستيروئيدية لمعالجة التهاب الملتحمة. قد نحتاج لإعطاء الستيروئيدات القشرية المجموعية أو عوامل كابتة للمناعة في الحالات الشديدة.

التهاب المفصل التفاعلي REACTIVE ARTHRITIS

مشابه لمرض رايتر، لكنه يتبع الخمج المعوي.

داء ويبل (الحثل الشحمي المعوي)

WHIPPLE'S DISEASE (INTESTINAL LIPODYSTROPHY)

- مرض نادر، نسبة إصابة الذكور > الإناث، مجهول السبب.

اللامح السريرية سوء امتصاص، نقص الوزن، اعتلال عقدي لمفي، ألم بطني، التهاب مفاصل هاجر (الركبة أو الكاحل عادة)، التهاب المفصل العجزي الحرقفي، حمى، زيادة تصبُّغ الجلد.

الاستقصاءات • سلبية العامل الرثياني. • تظهر خزعة المعى الدقيق إيجابية تلوُّن البالعات بصبغة PAS.

التدبير مضادات الالتهاب غير الستيرويدية معالجة فيزيائية، التتراسيكلين 1 غ يومياً لمدة سنة على الأقل.

التهاب المفصل المرافق للاعتلال المعوي ENTEROPATHIC ARTHRITIS

عبارة عن تشارك التهاب مفصل سلبي المصل مع: إما الخمج، أو أمراض الأمعاء الالتهابية مثل التهاب القولون التقرحي أو داء كرون، أو مع عمليات المجازات المجراة للتخلص من السمنة.

اللامح السريرية التهاب مفاصل قليلة حاد وغالباً هاجر في المفاصل الحاملة للوزن، أو التهاب المفصل العجزي الحرقفي والذي يتبع تفاقمات أمراض الأمعاء. قد يصادف تقرح قلاعي، حمامى عقدة، التهاب العنبية.

الاستقصاءات كما في التهاب الفقار الرثياني • إجراء استقصاءات معوية حسب الاستطباب مثل دراسات الباريوم، التنظير الداخلي.

التدبير مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، معالجة المرض المعوي المستبطن بالستيرويدات القشرية أو السلفاسالازين مثلاً.

التهاب المفصل الشبابي المزمن JUVENILE CHRONIC ARTHRITIS

مرض يبدأ قبل سن 16 سنة. هناك أنماط مختلفة له: داء ستيل (التهاب المفصل المجموعي الشبابي المزمن)، التهاب المفصل الشبابي عديد المفاصل، المرض المتعدد المفاصل الإيجابي المصل، التهاب المفصل الشبابي قليل المفاصل المزمن.

اللامح السريرية وهذه تعتمد على النمط، لكنها قد تتضمن حُمّى، دعثاً، اعتلالاً عقدياً لمفياً، ألماً عضلياً، ألماً مفصلياً، ذات الجنب، التهاب التامور، نقص الوزن، تأخر النمو، التهاب المفاصل "المتعدد" والذي قد يصيب المفاصل الكبيرة أو الصغيرة والعمود الفقري. قد تصاب العينان.

الاستقصاءات كما في التهاب المفصل السلبي المصل.

التدبير الراحة في الفراش خلال التفاقمات الحادة. تثقيف مستمر. معالجة فيزيائية. معالجة بالماء. مضادات الالتهاب غير الستيرويدية. تجنب الستيرويدات القشرية قدر الإمكان بسبب تأخيرها النمو التالي لكبت الكظر. قد يكون زرق الستيرويدات القشرية داخل للفصل مفيداً. يمكن إعطاء العوامل المعدّلة للمرض مثل الذهب، البنسلامين. مشتقات الكلوروكين طالما هناك قدرة على المناظرة اللصيقة للتأثيرات الجانبية. قد نحتاج للجراحة في الحالات الشديدة.

الألم العضلي المتعدد الرثوي POLYMYALGIA RHEUMATICA

متعلق بالتهاب الشريان ذو الخلايا العرطلة ص 304. هذه الحالة تتصف بألم وقساوة في العضلات القريبة خاصة في الصباح. قد يحدث قهم، دعث، حمة خفيفة الدرجة. تصاب النساء أكثر من الرجال (3:1). تكون سرعة التثفل مرتفعة عادة.

التدبير Prednisolone (15 ملغ) فعال مع الأخذ بعين الاعتبار إيقاف للعالجة بعد سنتين.

الفصال العظمي OSTEOARTHROSIS

اضطراب يُعتبر النتيجة النهائية لعدد مختلف من الحالات التي تؤدي لتخريب مفصلي. يمتاز الفصال بحدوث تخريب لغضروف المفصل، وتكاثر عظم وغضروف ونسج داعمة ليفية جديدة. يُعتبر الفصال حالة جدّ شائعة تصيب أكثر من 80% من الأشخاص الذين تجاوزت أعمارهم سن 65 سنة، رغم عدم كون معظم الحالات أعراضية (ذات أعراض). الفصال العظمي الأوّلي أشيع عند الإناث. تزداد الأعراض في الظروف البيئية الرطبة.

السببيات والإمراضية (الجدول 5 - 11). مجهولة، لكن توجد نظريتان رئيسيتان: الأولى تقول بكون الملمح البدئي هو حدوث كسر خفيف في الشبكة الداعمة المغرائية المبطنة للغضروف المفصلي. وهذا يقود لزيادة مستوى إماهة الغضروف مع ما ينتج عن ذلك من انحلال الغليكانات البروتينية Proteoglycans. بينما تقول النظرية البديلة بأن الحدث الأولي في تخريب المفصل هو تطوّر كسور صغرية في العظم تحت الغضروف، والذي يؤدي التئامها لزيادة الضغط المطبق على الغضروف المغطي مع حدوث كسر تال في سطحه المقابل للعظم المستبطن. يتخرب المفصل في النهاية ويفقد وظيفته السوية.

اللامح السريرية ربما كانت لاأعراضية. وعادة نصادف ألماً يسوء عند الفعالية ويخف بالراحة، وتورماً مفصلياً، وتيبُساً، وتحدداً للحركة وضموراً عضلياً. ربما حدثت فرقعة في المفصل. وربما حدث شوه نتيجة تلف غضروف المفصل وإعادة بناء شكل العظم. عقيدات هيردن عبارة عن كيسات هلامية أو تناميات عظمية على الوجوه الظهرية لما بين السلاميات النهائية TIP في اليدين، وهي مميزة للفصال العظمي الأوّلي. عقيدات بوتشارد Bouchard's nodes مشابهة لعقيدات هيردن، لكنها تشاهد في المفاصل بين السلاميات الدانية. تشتمل المفاصل التي تصاب بشكل مميز على المفاصل الحاملة لوزن الجسم كالوركين، والركبتين والعمود الفقري، والمفصل المشطي السلامي MTP في الأبخس الكبير، والمفاصل بين السلاميات النهائية TIP في اليدين، والمفصل الرسغي السنعي للإبهام، والمفصل الفكي الصدغي والمفصلين القصيين الترقويين.

الجدول 5 - 11 : سببيات الفُصال العظمي	
البدئي	مجهول السبب
الثانوي	رضحي: الكسور السيئة الارتصاف، البلى والتمزق الشديدان. استقلابي: داء الصباغ الدموي، الكلاس الغضروفي Chondrocalcinosis. صماوي: ضخامة النهايات، القصور الدرقية. التهابي: نقرس، البيلة الألكبتونية Alkaptonuria. نخر عقيم Aseptic necrosis: الستيرويدات القشرية، مرض الخلية المنجلية. داء باجيت. تطوري: انزلاق المشاش الفخذي، داء برتس اعتلال عصبي: مفصل شاركوت، الداء السكري. التهاب المفصل الناعوري Pyrophosphate arthroplazty

الاستقصاءات • شعاعياً: تضيُّق الحيز المفصلي، تصلب تحت الغضروف، نوابت عظمية Osteophytes، كيسات، تآكلات، كلاس غضروفي. • التعداد الدموي الكامل، وسرعة التثفل: وكلاهما سوي. • العامل الرثياني سلبي إلا إذا كان السبب البدئي هو التهاب المفاصل الرثياني. • رشف/استجهار السائل الزليلي.
• قياس حمض اليوريك عند الشك بالنقرس.

التدبير اعراضي فقط كالراحة في السرير، تخفيف الوزن، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، معالجة فيزيائية، معالجة حرارية أو بفائق الصوت، معالجة الحالة المستبطنة. بعض المرضى يستفيدون من الحقن العضلي للستيرونيدات. قد نحتاج لاستبدال المفصل المصاب جراحياً.

GOUT النقرس

اضطراب في استقلاب البورين، يمتاز بفرط اليوريكمية (فرط حمض البول في الدم) وهجمات راجعة من التهاب المفاصل. وقد يحدث التهاب مفاصل مزمن، وتوفة وقصور كلوي في المراحل المتأخرة للمرض. يحدث هذا المرض بشكل شائع في الأعمار المتوسطة، وربما وُرِّث بطريقة جسدية سائدة في بعض الحالات. العوامل المؤهبة مُجدولة في الجدول (6 - 11).

الجدول 6 - 11 : العوامل المؤهبة لفرط اليوريكمية والنقرس	
1:	ضعف إفراغ حمض البوريك (حمض البول) (75%).
	خلل وراثي غير محدد
	ادوية: الساليسيلات بجرعات منخفضة، التيازيدات، الكحول،السلفوناميدات، البيرازينامبد
	قصور كلوي مزمن.
	حماض لبني الكحول، التمارين، للخمصة، السمدمية الحملية Toxemia.
	قصور الدرقية.
	متلازمة داون.
	فرط الدريقية.
	التسمم بالرصاص.
	بيلة السيستين.
	النمط (I) من أدواء تخزين الغليكوجين.
2،	زيادة إنتاج حمض البوريك (25%).
	اضطرابات تكاثرية نقوية ـ ابيضاض لمفاوي مزمن، كثرة الحمر الحقيقية.
	صداف.
	اعواز إنظيمية ـ HGPRT، غلوكوز ـ 6 ـ فسفاتاز.

الملامح السريرية الهجمة الحادة: يتظاهر الشكل التقليدي بحدوث التهاب مفصل وحيد، مع بداية مفاجئة لألم شديد في المفصل المشطي السلامي MTP للأبخس الخامس. ربما أصاب الالتهاب أيضاً الكاحل، أو الركبة، أو المفاصل الصغيرة للقدمين واليدين، أو المعصم أو المرفق. يكون المفصل حاراً، متورماً، مع جلد مغطي لامع وإيلام، ربما حدثت حُمّى، غثيان، تأرجح (تبدل) المزاج. تدوم الهجمات من 2 - 10 أيام، وربما ترافق انصرافها بحكة وتوسّف موضعي. يُسهل كل من: التناول المفرط للقوت، الكحول، الرضح، الأدوية المدرة لليوريك Uricosuric بداية العلاج بالألوبيرينول، من حدوث هجمة النقرس.

النقرس المزمن: يسبب تخريباً مفصلياً مترقياً مع حدوث شوه فيه. ربما تشكّلت توف Tophi في غضروف الأذن، الجراب، أغمار الأوتار. هذه التوَف تتألف من يورات وحيدة الصوديوم، كولسترول، كالسيوم، أكزالات. يحدث التحصي البولي اليوراتي في 10%، بينما نادرا ما يحدث اعتلال كلوي يوراتي مزمن مع قصور كلوي.

التشخيص التفريقي: التهاب المفصل الإنتاني Septic، التهاب المفصل الرثياني، رضح، التهاب الهلل، وَكعة[1] Bunion، الكلاس الغضروفي، التهاب المفصل السلبي المصل.

الاستقصاءات • ترتفع يورات المصل عادة (مستوى حمض اليوريك في المصل > 0.42 ميلي مول/ل عند البالغين الذكور أو > 0.36 ميلي مول/ل عند البالغات) لكنها قد تبقى سوية. • رشف السائل الزليلي وفحصه بالضوء المستقطب (جزيئات إبرية الشكل ذات انكسار مزدوج). • شعاعياً: وجود تخلخل عظمي، تآكلات مُخرَّمة، تغيرات عظمية مفصلية ثانوية. • كثرة البيض وارتفاع سرعة التثفل خلال الهجمة الحادة.

التدبير يجب استخدام مضادات الالتهاب غير الستيرويدية بشكل مبكر قدر الإمكان في الهجمة الحادة، مثل نبروكسين Naproxen 250 مغ كل 6 ساعات.
يمكن استخدام كولشيسين Colchicine بشكل بديل بجرعة 1 مغ دفعة أولى، ثم نتبع ذلك بإعطاء 0.5 مغ كل ساعتين. ولكن ربما كان ذلك سيء التحمل بسبب حدوث غثيان وإسهال. يمكن إخضاع المريض لاتقاء طويل الأمد باستخدام الألوبيرينول Allopurinol 300 - 900 مغ يومياً لإنقاص مستوى اليورات في المصل، طالما تمّت السيطرة على الهجمة الحادة. يجب إعطاء جرعات منخفضة من الألوبيرينول في حال وجود خلل في وظيفة الكلية. يجب عدم البدء بإعطاء الألوبيرينول إلا بعد عدة أسابيع من الهجمة الحادة الأخيرة. يجب تجنب العوامل المسرعة في حدوث الهجمة مثل حفلات الكحول. كما يجب تخفيف الوزن إذا كان زائداً. يمكن استخدام الأدوية المدرة لليوريك Uricosuric أيضاً كوسيلة اتقائية مثل إعطاء بروبنسيد Probenecid 0.5-1 مغ مرتين/اليوم بالمشاركة مع كولشيسين 0.5 مغ مرتين يومياً، ولكن يجب تجنب إعطاء هذه الأدوية في القصور الكلوي، التحصي البولي اليوراتي، الإدرار الشديد لليورات. إذا وجدت حصيات يوراتية يجب إعطاء سوائل وقلونة البول حتى يصبح الباهاء > 6.

PYROPHOSPHATE ARTHROPATHY الاعتلال المفصلي بالبيروفسفات

ترسب بلورات بيروفسفات الكلسيوم ثنائية الهيدرات في الغضروف (كلاس غضروفي) حيث تترافق مع تغيرات تنكسية. يؤدي سقوط البلورات في الحيز المفصلي لحدوث التهاب حاد في الغشاء الزليلي، ولصورة سريرية مشابهة لصورة النقرس الحاد. يترافق هذا المرض مع عدد من الحالات المستبطنة كالأمراض الاستقلابية (فرط الدريقية، قصور الدرقية، داء الصباغ الدموي، داء ويلسون، داء الأكسالات "كسال" Oxalosis، نقرس،

1. ورم ملتهب أو جراب مخاطي بارز عند قاعدة إبهام القدم.

فصال عظمي، الديال، الاستخدام الطويل الأمد للستيرويدات). الوقوع متساوبين الجنسين.

اللامع السريرية توجد أشكال مختلفة.

النقرس الكاذب: يشابه هجمة نقرسية حادة.

هجمات عديدة المفاصل: تحدث إصابة لعدة مفاصل مع هجمات تحت حادة.

اعتلال مفصلي مزمن: يشبه الفصال العظمي.

اعتلال مفصلي مُخرّب مزمن: يودي لمفصل مُعتل عصبياً.

نمط الألم العضلي العديد: آلام عضلية معممة.

الشكل اللاأعراضي: يُشاهد على الأشعة السينية.

الاستقصاءات • شعاعياً: تظهر عتامة خطية في الغضروف المفصلي. • يظهر فحص السائل الزليلي تحت الضوء المستقطب وجود بلورات مزدوجة الانكسار.
• يُظهر تنظير المفصل وجود "توف صغرية" على الغشاء الزليلي. • تحديد الحالات المستبطنة المحتملة.

التدبير مضادات الالتهاب غير الستيرويدية. رشف للمفصل وزرق الستيرويدات فيه. إعطاء الكولشيسين. نادراً ما نحتاج لاستخدام الإتريوم 90 ـ Yttrium داخل المفصل.

أمراض النسيج الضام CONNECTIVE TISSUE DISEASE

الذأب الحمامي المجموعي (SLE) SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

مرض مجموعي[2] (جهازي) مجهول السببيات، يمتاز بوجود أضداد ذاتية لاعضوية non-organ نوعية. نسبة إصابة الإناث > الذكور وتبلغ 1:9، قد يكون المرض عائلياً أحياناً، ويترافق مع الهلا DR3, B8, HLA-A1 وهو أكثر شيوعاً عند ذوي البشرة السوداء. قد يتسرع حدوث المرض بعدد من الأدوية مثل الفينيتوين، الإيزونيازيد، مانعات الحمل الفموية، الهيدرالازين، البنسلامين، وهو أشيع خلال سنوات الإنجاب، ويمكن أن تحدث سورات للمرض أثناء الحمل وكذلك أثناء فترة الحيض. ربما وجدت في سوابق المريض قصة إجهاض عفوي وخثار (متلازمة الأضداد ضد الشحميات الفسفورية antiphospholipid antibody syndrome).

2. مجموعي Systemic يمكن أن يصيب كل الجسم أي يصيب كل البدن أو مجموعه بينما Systematic جهازي: يصيب جهازاً معيناً أو عضواً معيناً. (المترجم)

الجدول 7 - 11، اللامح السريرية للذاب الحمامي المجموعي	
عامة	حُمى، دعث، وسن.
تحركية Locomotor	الم مفصلي، التهاب مفاصل، التهاب غمد الوتر، الم عضلي.
جلدية	"طفح جناحي الفراشة"، طفح حمامي أو حطاطي بقعي، التهاب وعائي، فرفريات، ظاهرة رينو، حاصة، تزرق شبكي، شرث، تقرح فموي.
قلبية وعائية	التهاب التامور، التهاب عضل القلب، التهاب الشغاف (ليمان ـ ساك) مضاد التخثر الذابي مع خثار وريدي أو شرياني راجع، التهاب وريد خثاري.
رئوية	ذات الجنب، انصبابات جنبوية، انخماص، انقطاع النفس نتيجة تليف الرئة، متلازمة الرئة للتكمشة (Shrinking lung).
كلوية	المتلازمة الكلائية، التهاب الكلية.
عصبية	اعتلال عصبي محيطي، التهاب النخاع المستعرض، خزل شقي، نوب (اختلاج)، ذهان، التهاب السحايا، شلل أعصاب قحفية، خرف.
هضمية	تقرحات، اعتلال معوي مفقد للبروتين، الم بطني، التهاب المعثكلة.
دموية	فقر دم انحلالي.
عينية	أجسام كيسية في الشبكية، التهاب ظاهر الصلبة، نضحات لينة.
كبدية	يرقان، اختبارات شاذة لوظائف الكبد.
اعتلال عقدي لمفي	
ضخامة الطحال	

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل (فقر دم سوي الكريات سوي الصباغ، قلة البيض، قلة الصفيحات، فقر دم انحلالي، تطاول النسبة المعيارية الدولية INR بوجود مضاد التخثر الذأبي). • ارتفاع سرعة التثفل. • البروتين التفاعلي C (يكون سوياً بوجود الخمج عادة)، الراصّات الباردة، فرط الغلوبلين غاما في الدم، انخفاض الألبومين، ارتفاع الفبرينوجين، الغلوبلينات القرية. • انخفاض المتممة في المصورة، ارتفاع المعقدات المناعية. • أضداد مضادة للنواة (العامل المضادة للنواة ANF، مضادات الـــ DNA مزدوجة الطاق، ضد الهستون، أضداد للنوى المستخلصة، مضادات RNP، أضداد Sm، مضادات SSA، مضادات SSB). • إيجابية كاذبة للعامل الرثياني. • اختبارات إيجابية كاذبة للإفرنجي (اختبار مخبر البحث عن الأمراض الزهرية VDRL أو مقايسة الراصة الدموية للولبية الشاحبة TPHA). • اختبارات وظائف الكلية (يوريا، كهارل، تصفية الكرياتينين، بروتين بول 24 ساعة، أسطوانات بولية أو كريات الدم الحمر في البول). • فحص السائل الزليلي (غياب البلورات والخمج). • شعاعياً: ربما ظهرت تغيرات لا يمكن تمييزها عن التهاب المفصل الرثياني. • خزعة الجلد أو النسج الكلوية.

التشخيص التفريقي التصلب المجموعي، التهاب الشرايين، التهاب المفصل الرثياني أو داء النسيج الضام المختلط، التهاب الشغاف تحت الحاد، التهاب المفصل الخمجي.

التدبير الحالات الخفيفة بحاجة للراحة. وإعطاء مضادات الالتهاب غير الستيرويدية. واستبعاد الأسباب المسرعة من حدوث المرض كالأدوية أو أشعة الشمس. بينما تحتاج الحالات الشديدة لمعالجة مجموعية بالستيرويدات القشرية مثلاً 40 - 60 مغ من البردنيزولون يومياً بشكل أولي، أو تطبيق معالجة نبضية Pulse بإعطاء ميثيل البردنيزولون 1 غ يومياً لمدة 3 أيام لضبط المرض.
يمكننا، وحالما يتم ضبط المرض، إنقاص جرعة الستيرويدات تدريجياً حتى نصل إلى إعطاء الدواء كل يومين إن امكن. تفيد مضادات البرداء كمشتقات الكلوروكين عند إصابة الجلد والمفاصل. نحتفظ بالعوامل الكابتة للمناعة (مثل الآزاثيوبرين) أو بفصادة المصورة للحالات التي لايمكن ضبطها بالستيرويدات وحدها. قد نحتاج للديال في القصور الكلوي. نستخدم مضادات التخثر عند وجود مضاد التخثر الذابي. من ناحية أخرى اعطاء جرعة منخفضة من الأسبرين يعد كافياً.

الإنذار تتضمن العوامل المشيرة لسوء الإنذار: بداية المرض في الطفولة، ارتفاع مستوى اليوريا، وجود بيلة بروتينية مستمرة، وجود أدلة على التهاب الشريان، الإصابة القلبية الرئوية والعصبية المركزية، والحاجة للإستخدام المديد للستيرويدات القشرية. تتجاوز البقيا لمدة 5 سنوات لهذا المرض 90% حالياً.

التصلب المجموعي المترقي PROGRESSIVE SYSTEMIC SCLEROSIS

اضطراب معمم في النسيج الضام يمتاز بوجود تليّف. الجلد هو العضو ذو الإصابة السائدة، ولكن ربما أصيبت الأمعاء، القلب، الرئتان، الكليتان أيضاً. المسببات مجهولة، يترافق مع الأنماط الفردية $HLA\text{-}A_1, B_8, DR_3$، نسبة إصابة الإناث > الذكور وتبلغ 1:4، وهناك زيادة في نسبة وقوع المرض بين عمال المناجم Miners.

اللامح السريرية (الجدول 8 - 11)

الجدول 8 - 11 : اللامح السريرية للتصلب المجموعي

الجلدية	ظاهرة رينو شديدة، وذمة إصبعية لماعة غير منطبعة: اصابع بشكل النقانق، ضمور وتقرح رؤوس الأصابع، كلاس تحت الجلد، فقد جريبات الشعر والغدد العرقية، تصلب الأصابع، تغضُّنات حول الفم، انف "مقروص"، توسع الشعيريات، قشيعة موضعية Morphoea.
العضلية الهيكلية	الم مفصلي، التهاب العضل، التهاب مفصل لا اكّال.
الهضمية	التهاب مري جزري، عسر البلع، توسع معوي بسبب للأ بطنيا، إسهال، سوء الامتصاص.
الرئوية	تليف الرئة، قلب رئوي، سرطانة الخلية السنخية.
الكلوية	فرط ضغط الدم، قصور كلوي.
القلبية	التهاب التامور، التهاب عضل القلب، اعتلال عضل القلب.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل (فقر دم سوي الكريات سوي الصباغ). ارتفاع سرعة التثفل. • إيجابية العامل المضاد للنواة في 50% (النمط النوبي أو الصباغي المنقط)، أضداد الرنا وحيد الطاق أكثر نوعية: ربما كان العامل الرثياني ذا إيجابية كاذبة. • مستويات المتممة سوية. • شعاعيا: ظهور تكلسات في النسج اللينة، انحلال رؤوس السلاميات الأخيرة، تليف الرئة، وربما أظهرت دراسات الباريوم وجود فتق فرجوي Hiatus harnia، تضيق المري، خلل التحرك Dysmobility.

التشخيص التفريقي متلازمة كريست Crest syndrome (كُلاس Calcinosis، ظاهرة رينو Raynaud's phenomenon، إصابة المري Esophageal involvement، تصلّب الأصابع Sclerodactyly، توسع الشعيريات Telangectasia)، قشيعة (نمش) Morphoea، التهاب اللفافة الحمض Eosinophelic fasciitis، داء نشواني، ضخامة النهايات، وذمة مخاطية.

التدبير لا شيء يوقف هذا المرض. إبقاء اليدين والقدمين دافئة. معالجة الأخماج، وفرط ضغط الدم وعسر البلع. قد تكون الستيرونيدات القشرية cyclophospha mide ذات دور مساعد. إعطاء مضادات الالتهاب غير الستيرويدية لتفريج الأعراض للفصلية. تبلغ البقيا لمدة 5 سنوات 70% تقريباً.



التهاب الجلد والعضل والتهاب العضلات
DERMATOMYOSITIS AND POLYMYOSITIS

حالات التهابية مجهولة السببيات، تصيب الجلد والعضلات المخططة. ترتبط مع الهلا HLA-B8 و DR3. توجد خمس فئات أو مجموعات:

- التهاب العضلات الأوّلي (الغامض).
- التهاب الجلد والعضل الأوّلي (الغامض).
- التهاب الجلد والعضل المترافق مع الخباثة.
- التهاب الجلد والعضل المترافق مع أمراض المغراء (الكولاجين).
- التهاب الجلد والعضل الطفولي.

الملامح السريرية تصيب الأشكال التي تحدث عند البالغين الإناثَ المتوسطات الأعمار، وتتظاهر بصعوبة في النهوض من وضعية الجلوس. بينما يظهر الفحص وجود ضعف في حزام (زنار) الطرف. قد تصاب العضلات الحنجرية والبلعومية والتنفسية أيضاً، مما يؤدي لحدوث عسر البلع، عسر التصويت، قصور تنفسي. قد نصادف آلاماً مفصلية، آلاما عضلية، ظاهرة رينو، تورم الأصابع، تلوّن الوجه والبراجم بلون أرجواني (طفح الانتحاء الشمسي Heliotrope)، كُلاس تحت الجلد. قد يوجد ورم مستبطن في الثدي، الرئة، المبيض، الموثة، السبيل البولي التناسلي، السبيل الهضمي في 3% من حالات التهاب

العضلات و15% من حالات التهاب الجلد والعضل. يتظاهر هذا المرض عند الأطفال بضعف عضلي، تكلس، تقفعات، وطفح الانتحاء الشمسي Heliotrope عادة.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل (فقر دم سوي الكريات سوي الصباغ، كثرة البيض). • ارتفاع سرعة التثفل. • ارتفاع الإنظيمات العضلية في المصل (كرياتينين فسفوكيناز CPK، ألدولاز). • الأضداد الذاتية إيجابية غالباً (العامل المضاد للنواة ANF ، العامل الرثياني RF، المستضد النووي المستخلص PM-1). • تخطيط كهربائية العضل EMG. • الخزعة العضلية.

التدبير إعطاء بريدنيزولون 40 - 60 مغ/يوم بشكل اولي لإحداث هداة. ثم تخفيض الجرعة ببطء حتى الوصول لجرعة صيانة 5 - 15 مغ/ يوم. يمكن استخدام العوامل الكابتة للمناعة مثل الأزاثيوبرين كعوامل حافظة للستيرويدات. الجبائر والمعالجة الفيزيائية أمران هامان. يمكن للمعالجة الموجهة نحو اي ورم مستبطن إحداث تحسُن في الحالة.

داء النسيج الضام المختلط MIXED CONNECTIVE TISSUE DISEASE

عبارة عن اتحاد ملامح اضطرابين، أو أكثر، من اضطرابات النسيج الضام: مثل الذأب الحمامي المجموعي، تصلب الجلد، التهاب الجلد والعضل. نصادف وقوعا عاليا لظاهرة رينو، الألم المفصلي، التهاب المفصل الأكّال، التهاب العضل، اضطرابات تحرك المري، فرط الغلوبلينات غاما في الدم. تكون معايرة أضداد الدنا منخفضة، بينما تكون معايرة أضداد المستضد النووي الريبي المستخلص (البروتين النووي الريبي ENA) عالية. تكون الاستجابة للستيرويدات جيدة بشكل مميز.

التهاب المفصل الخمجي INFECTIVE ARTHRITIS

من النادر نسبياً حدوث هذا المرض في المفاصل السوية ما لم يُصدع الحيز المفصلي بجسم غريب كظفر أو شظية أو شوكة.

المسببات (الجدولان 9 - 11 و 10 - 11).

الملامح السريرية حُمّى، وسن، رعدات، يكون المفصل المصاب مؤلماً، متورماً، دافئاً، مع تحدد في حركته. قد يتظاهر خمج العمود الفقري على شكل ألم ظهري. ربما كانت العلامات الفيزيائية خفيفة لدرجة كبيرة إذا كان المريض مكبوت المناعة.

الجدول 9 - 11 : أسباب التهاب المفصل الخمجي

جرثومية	العنقوديات
	العقديات
	المكورات البنية
	الإفرنجي
	التدرن
	المكورات السحائية
	الحمى المعوية
	داء البروسيلات
	الجذام
	داء ليم Lyme
	المتدثرة Chlamydia
خموية	الحصبة
	النكاف
	التهابات الكبد "A"، "B" (التهاب الكبد الألفي والبائي)
	الحمة المضخمة للخلايا
	كوكساكي ب
	الحمة الصغيرة Parvovirus
	الحمات المنقولة بالمفصليات Arbovirus
	الحماق
	الخمج بحمة عوز المناعة الإنسانية
فطرية	داء النوسجات Histoplasmosis
	الفطار الكرواني Coccidioidomycosis
	الفطار البرعمي Blastomycosis
	داء الشعرية التنفسية Spirotrichosis
	داء الرشاشيات Aspergilosis
	داء الشعيات Actinomycosis

الجدول 10 - 11: العوامل المؤهبة لخمج المفصل

إنتانمية منتشرة من بؤرة خمجية في مكان ما:
خراج، توسع القصبات، حمى معوية.
أذية مفصلية سابقة: التهاب المفصل الرثياني، فصال عظمي.
كبت مناعي: ابيضاض، لمفوم، غرناوية، عوامل سامة للخلايا.
ضعف عام: المسنون، الولدان Neonates، خباثة، الداء السكري، كحول.
داء الخلية المنجلية.
سرف الأدوية وريدياً.
عمليات: إجراءات عظمية مثل رأب المفصل Arthroplasty.
رضح
مفصل مُعتل عصبياً: الداء السكري، الإفرنجي.

الاستقصاءات • زروع متعددة للدم قبل البدء بالمعالجة بالصادات. • التعداد الدموي الكامل يظهر كثرة البيض مع "انزياح نحو اليسار". • سرعة التثفل. • البروتين التفاعلي. • رشف السائل الزليلي (زرعه، استجهاره، صبغه بغرام، فحص البلورات والعامل الرثياني فيه). • معايرة مضاد الحالة العقدية ASO. • شعاعياً: نجد تورماً في النسج اللينة في الحالات الحادة، بينما قد نشاهد تخلخلاً عظمياً حول المفصل وضياع الغضروف في الحالات المزمنة. • يجب عند الشك بوجود تدرن إجراء اختبار السلين مثل اختبار مانتو، وصورة الصدر البسيطة، زرع نوعي لـ AAFB.

التشخيص التفريقي رضح، تدمي المفصل، التهاب مفصل وحيد (التهاب المفصل الرثياني، نقرس، التهاب المفصل السلبي المصل)، التهاب العظم والنقي، متلازمة الطفل المضروب (أو المضطهد) Battered baby syndrome.

التدبير راحة، مسكنات، تجبير للمفصل (تثبيته) وإعطاء معالجة هجومية وريدية بالصادات بعد إجراء زروع متعددة للدم، رشف للمفصل. قد نحتاج للنزح (drainage) الجراحي (الجدول 11 - 11).

الجدول 11 - 11 ، تدبير التهاب المفصل الخمجي

الكائن الحي المحدث لخمج المفصل	الصاد
العنقوديات	فلوكلوكساسيلين 500 مغ كل 6 ساعات.
	حمض الفوسيديك 500 مغ كل 8 ساعات.
العقديات	امبيسيلين 500 مغ كل 6 ساعات.
	بنزيل بنسلين 0.6 غ كل 6 ساعات.
المستدمية النزلية	امبيسيلين.
الزوائف، الإشريكية القولونية	امينوغليكوزيدات مثل الجنتاميسين (تعتمد الجرعة على الوزن، والعمر، ووظيفة الكلية).
	سيفالوسبورينات، مثل سيفتازيديم 1 غ كل 8 ساعات.
	سيفوركسيم 750مغ كل 8 ساعات.
النيسيريات البنية	امبيسيلين
	بنزيل بنسلين
السلمونيلة	امبيسيلين
	كوتريموكسازول 960 مغ كل 12 ساعة.
المتفطرة السلية	ريفامبيسين + ايزونيازيد +/- ايتامبتول، بيرازيناميد
حُمات	معالجة أعراضية.
فطور	امفوتيراسين.

OSTEOMYELITIS التهاب العظم والنقي

.عبير يشير لخمج العظم، وهو عادة جرثومي في منشئه. تصل الكائنات الحية إلى العظم ، تحدث خمجاً بإحدى طرق ثلاث:

- الانتشار الدموي.
- امتداد مباشر من مصدر خمجي مُعد.
- دخول مباشر للكائنات الحية برضّح (بما في ذلك العمليات) أكثر شيوعاً عند الأطفال، وأكثر الكائنات الحية المسؤولة عن إحداث هذا المرض هي العنقوديات، العقديات، السلمونيلة، المتفطرة السلية.

اللامح السريرية حمى، دعث، غثيان، قياء، ألم شديد في موضع الخمج. ربما حدث انصباب إذا كان الخمج قريباً من المفصل، المنطقة المصابة حارة وفيها إيلام .

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل. • سرعة التثفل. • زروع متعددة للدم. • الغلوكوز. • شعاعياً: وجود تخرب عظمي مع مناطق نيرة، هناك تشكل شظوي ظليل على الأشعة، إلاّ أن هذه التغيرات لا تحدث حتى عدة أيام أو أسابيع. • تفرس العظم بالنظائر المشعة •مفيد.

> **التدبير** معالجة مناسبة ومبكرة بالصادات (كما في التهاب للفصل الخمجي (الجدول 11 - 11). قد نحتاج لرفع الضغط جراحياً.

PAGET'S DISEASE داء باجيت

اضطراب عظمي مجهول السببيات، يمتاز بزيادة امتصاص العظم بسبب ناقضات العظم، متبوعاً بتشكل مفرط لعظم جديد سيء البنية ناجم عن بانيات العظم. كل ذلك يؤدي إلى ضخامة مؤلمة لينة في العظام المصابة، مع انحناء هذه العظام. يفضل هذا المرض إصابة عظام معينة: الجمجمة، الفقرات، الحوض، العظام الطويلة. ربما كان لاأعراضياً. يصيب 3 - 4 % من السكان فوق سن 50 سنة تقريباً، وترتفع نسبة الإصابة هذه لـــ 10% في المجموعة العمرية فوق سن 85 سنة. نسبة إصابة الذكور > الإناث.

اللامح السريرية ألم عظمي (ليلي غالباً)، إيلام، أعراض انضغاطية كالصمم، العمى، احتباس العصب Entrapment ، مع خزل سفلي جزئي (شلل جزئي) Paraparesis مترقي ببطء، كسور مرضية، قصور قلب عالي النتاج، وبشكل نادر تطور غرن عظمي.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل: سوي. • ربما كانت سرعة التثفل سوية. • مستويات الكلسيوم والفسفور في المصل سوية عادة ما لم يكن المريض في وضعية عدم الحركة، حيث يرتفع مستوى الكلسيوم عندها. • ترتفع الفسفاتاز القلوية (نظير الإنظيم العظمي) ويعكس زيادة الفعالية البانية للعظم. • يكون هيدركسي برولين البول مرتفعاً أيضا وتعكس زيادة الفعالية الناقضة للعظم. • تكون الفسفاتاز الحمضية سوية. • قد نصادف فرط البوريكمية. • شعاعياً: وجود آفات حالة للعظم (امتصاص قشري)، باحات من التصلب العظمي وانفتال العظم، كسور الشدة، تخلخل عظمي محوط في الجمجمة (آفات انحلالية لكن دون آفات تصلبية). • تفرس العظم إيجابي في المرحلة الباكرة للمرض.

التدبير لا حاجة للتدبير في الحالات اللاعراضية. إعطاء الكلسيتونين، هرمون ببتيدي يفرز من الغدة الدرقية بنبط الفعالية الناقضة للعظم. إعطاء الأنواع الإنسانية او المستخلصة من سمك السلمون بمعدل 100.50 وحدة تحت الجلد كل يوم. ربما حدثت تفاعلات لرجية Allergy. ترافقها مع etidronate قد يكون مفيداً في الحالة الشديدة.

إعطاء ثنائي الفسفونات مثل إيتيدرونات ثنائية الصوديوم Edidronate، وامينوهيدركسي بروبيليدين ثنائية الفسفونات ثنائية الصوديوم (APD)؛ وهي مضاهئات Analogs صنعية للبيروفسفات تعمل عن طريق تثبيت بلورات هيدركسي اباتيت في ملاط العظم مما يعوق تقلب Turnover العظم. هذا الدواء فعال فموياً؛ لكنه ابطأ تاثيراً من الكلسيتونين. جرعته 5 مغ/كغ/يوم. يمكن ان يعطى لمدة 6 اشهر. التاثير الجانبي الرئيسي هو حدوث تلين العظام. يفيد إعطاء مضادات الالتهاب غير الستيرويدية للتسكين وتطبيق معالجة فيزيائية. قد نحتاج للجراحة احياناً. نادراً ما نستخدم المعالجة بالأشعة.

240 تخلخل العظام OSTEOPOROSIS

نقص كتلة العظم في كل وحدة حجمية. نسيجياً هناك فَقد لملاط العظم مع ضياع ثانوي في معادن العظم. يكون العظم الناتج ضعيفاً وعُرضة للكسر. يحدث ضياع العظم هذا مع التقدم بالعمر، ويرتبط مع عوز الأندروجين/الإستروجين، ومع عوز القوت بفيتامين د، ومع الامتصاص الفقير للكلسيوم. يكون تخلخل العظام في حدوده العظمى عند النساء بعد سن الإياس. ومن النادر مصادفة تخلخل العظام الهام سريرياً عند الرجال.

السببيات الجدول (11 - 12).

اللامح السريرية ألم عظمي، ألم في الظهر، كسور الهدامية في الفقرات، حُداب Kyphosis، حدوث كسور بعد رضوح بسيطة (في الجزء القاصي من الكعبرة وفي عنق الفخذ). لا إيلام في العظام بشكل خاص.

الاستقصاءات • الفحوص الكيميائية الحيوية في المصل سوية (كلسيوم، فسفات، فسفاتاز قلوية) ما لم يوجد كسر أو يترافق المرض مع تلين العظام. • شعاعيا: قد يَظهر نقص كثافة

في العظم، كسور، انهدام إسفيني في الفقرات. • تقييم كثافة العظم (التصوير الطبقي المحوسب، تحليل التفعيل بالنترون أو قياس الكثافة الفوتوني Photon densitometry). • خزعة العظم: قد نحتاج لها لإثبات التشخيص.

الجدول 11 - 12 : اسباب تخلخل العظام	
التقدم بالعمر	بعد سن الإياس.
صماوية	الانسمام الدرقي - قصور القندية - متلازمة كوشينغ - فرط الدريقية.
تغذوية	عوز الكالسيوم، عوز الفيتامينين C أو D.
وراثية	متلازمة مرفان، تكون العظم الناقص.
التهاب المفصل الالتهابي	التهاب المفصل الرثياني.
استبدال نقي العظم	لمفوم، ابيضاض، نقيوم، أدواء تخزين الغليكوجين.
امراض الكلية المزمنة	
سوء الامتصاص	
بعد استئصال المعدة	
امراض الكبد المزمنة	
عدم الحركة	
الأدوية :	الستيرونيدات، تيروكسين، هيبارين.

التدبير تصحيح السبب المستبطن، إعطاء مسكنات وتطبيق معالجة فيزيائية. يفيد إعطاء : calcium and Vit D، diphosphanates preceding oral citrate (500 mg/day)، sodium fluoride (40 - 60 mg/day)

الوقاية : التمارين، الكاليسيوم (1 - 1.5 غ/يوم).

12

الأمراض الخمجية
Infectious Diseases

لم تُجر محاولات للتفصيل في الأمراض المدارية في هذا البحث.

القصة المرضية وهي مهمة جداً ويجب أن تتضمن طرح أسئلة مُفصَّلة حول التعرض لخمج محتمل (بسبب المهنة، السفر، التمنيع) (الجدول 1 - 12)، وقت بداية المرض، مكان بدايته، التماس مع حيوانات، عمليات جراحية حديثة. ربما كان سبب الحمّى غير معروف (PUO) (الجدول 2 - 12).

الفحص السريري يجب أن يكون كاملا، ويشتمل على فحص العينين، الأذنين، الفم، الأنف، الجيوب، العقد اللمفية، الجلد، الشرج، المهبل، الأعضاء التناسلية الظاهرة.

الجدول 1 - 12، جدول التلقيح في المملكة المتحدة

العمر	اللقاح
شهران	(خناق، كزاز، شاهوق)، التهاب السنجابية (polio)، الهيموفيليس انفلونزا B.
3 أشهر	نفس السابق.
4 أشهر	نفس السابق.
12 - 18 شهر	الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية.
4 - 5 سنوات	(خناق، كزاز) داعم
10 - 13 سنة	BCG (السلين سلبي) لقاح الحصبة الألمانية للفتيات إذا لم يكنْ قد اخذن لقاح (حصبة، نكاف، حصبة المانية) من قبل.
15 - 19 سنة	ذيفان الكزاز للعضل، التهاب السنجابية (polio) داعم.

الجدول 2 - 12، أسباب الحُمى المجهولة السبب (PUO)

الأخماج	السل، التهاب الشغاف الخمجي، خراجات مُوضعة، داء البروسيلات، الخمج بحمة عوز المناعة الإنسانية، الحمى الناكسة، الحمى المعوية، الخمج بالحمة المضخمة للخلايا، التهاب الطرق الصفراوية.
الخباثات	ورم كظري Hypernephroma، لمفوم، كبدوم (ورم كبدي)، مخاطوم (ورم مخاطي)، ابيضاض الدم.
النسج الضامة	التهاب المفصل الرثياني، الذأب الحمامي المجموعي، التهاب الشريان الصدغي.
الأدوية	أيّ دواء قد يسبب حمى مجهولة السبب.
غدية	آفات الوطاء، انسمام درقي، ورم القواتم.
احتشاء عضل القلب	
الانصمام الرئوي	
حمى البحر المتوسط العائلية	
متلازمة منشاوزين Munchausenome.	

INVESTIGATIONS الاستقصاءات

يتم التوجه نحو الاستقصاءات وفق ما سبق ويتضمن ذلك: • التعداد الدموي الكامل. • سرعة تثفل الكريات. • البروتين التفاعلي C. • زروع متعددة للدم قبل البدء بإعطاء الصادات. • صبغ القشع بصبغة غرام وزرعه. • عينة منتصف البول MSU . • صيغة الأضداد الذاتية (العامل الرثياني RF، العامل المضاد للنواة ANF). • اختبار مانتو. • صورة الصدر البسيطة. • صورة البطن البسيطة. • مصليات (عينات مزدوجة في الفترة الحادة وفترة النقاهة). • التصوير المقطعي المحوسب CT Scan. • التصوير بفائق الصوت. • تفرس العظم. • تفرُّس كريات الدم البيض الموسومة بالإنديوم: ربما كان مفيداً في تحديد مكان الإنتان.

SEPTICEMIA الإنتانمية (الإنتان الدموي)

ص 385

BACTERIAL INFECTIONS الأخماج الجرثومية

STAPHYLOCOCCAL الخمج بالعنقوديات

تؤدي العنقودية الذهبية لحدوث عدد متباين من الحالات المُقيِّحة التي تتضمن أخماج الجروح، الحبّات، الجمرات، الخراجات، أخماج العظام والمفاصل، ذات الرئة الكهفية، التهاب الشغاف. تنجم متلازمة الصدمة السُّمية بشكل شائع عن الذيفانات المتحررة بعد خمج السبيل التناسلي الأنثوي بالعنقودية الذهبية عند النساء المستعملات للدَحْسات (الفوط النسائية). يكثر حدوث إصابة عدة أجهزة في تلك الحالة والتي تتضمن القياء، والإسهال، والقصور الكلوي، والتهاب الكبد، ونقص الصفيحات، والتخثر المنتشر داخل الأوعية والطفح والاعتلال الدماغي.

التدبير إعطاء فلوكلوكساسيلين (500 مغ كل 6 ساعات فموياً أو وريدياً)، وعند وجود أرجية (تحسس) للبنسلين نعطي إريثروميسين (500 مغ كل 6 ساعات فموياً أو وريدياً و/أو حمض الفوسيديك Fusidic acid (500 مغ كل 8 ساعات فموياً أو وريدياً). الأخماج الأكثر شدة نعطي، vancomycin, clindamycin, teicoplanin.

STREPTOCOCCAL الخمج بالعقديات

تفرز العقديات عدداً من الذيفانات، وهي قادرة على إحداث الإنتانمية وعلى إحداث الخمج المنتشر بسرعة (الجدول 3 - 12).

الجدول 3 - 12، العقديات والمرض	
الضرب	المرض
المجموعة "آ" (المُقيّحة)	الحمى القرمزية، القوباء، الحُمرة، التهاب اللوزتين، التهاب الهلل.
المجموعة "ب"	خمج عند الوليد.
الرئوية	ذات الرئة بالعقدية الرئوية
البرازية	التهاب الكلية والحويضة، التهاب الشغاف
المُخضرة	التهاب الشغاف
اللاهوائية	الخراجات

الحُمى القرمزية Scarlet fever

تنجم عن الخمج بالعقديات المُقيِّحة التي تصيب الحلق، واللوزتين، والجلد. فترة الحضانة 2 - 4 أيام.

اللامح السريرية حمى ذات بداية مفاجئة، والتهاب الحلق، وصداع، وقياء، واعتلال عقدي لمفي رقبي، ونتحة لوزية هشة صفراء، وطفح حمامي يصيب الذراعين والساقين وخلف الأذنين ولسان مطلي (لسان الفريز الأبيض أو الأحمر)، وبشكل نادر حمى رثوية والتهاب الكلية.

الاستقصاءات مسحة من الحلق، معايرة مضاد الحالة العقدية (ASO).

> **التدبير** امبيسلين (500 مغ كل 6 ساعات فموياً او وريدياً)، او اموكسيسيلين (500 مغ كل 8 ساعات فموياً او وريدياً)، او اريثروميسين (500 مغ كل 6 ساعات فموياً او وريدياً عند وجود ارجية للبنسلين).

ذات الرئة بالعقدية الرئوية ص 70

القوباء ص 305

الحمرة ص 305

التهاب الهلل ص 305

التهاب الشغاف ص 44

الخمج باللاهوائيات ANAEROBIC

الجراثيم اللاهوائية مسؤولة عن العديد من الأخماج المختلفة الناجمة عن غزو النسج، وعن قدرتها على إنتاج ضروب من الذيفانات.

الجدول 4 - 12 : اللاهوائيات والمرض	
الضرب	**المرض**
المطثية الحاطمة	موت غازي، قرحات في القدم، التهاب معوي قولوني نخري، التسمم الطعامي، خراجات، التهاب الشغاف، أخماج داخل البطن.
المطثية الصعبة	التهاب القولون الغشائي الكاذب.
المطثية الوشيقية	التسمم الطعامي.
المطثية الكزازية	الكزاز.
الشعيّة	داء الشُعيّات.
البورلية الفينسنتية	التهاب اللثة الناخر الحاد.

اللامح السريرية تؤدي الكائنات الحية اللاهوائية لتشكل قيح عفن الرائحة في موضع الإنتان مثل: التهاب اللثة، خراج سنّي، التهاب الخشاء، التهاب الجيوب، التهاب الهلل، خمج داخل البطن، التهاب الصفاق، خمج العظام والمفاصل، مكان العضّات، قرحة القدم السُكريَّة. هناك غالباً خمج تآزري مع الكائنات الحية الهوائية.

الاستقصاءات • صبغ القيح بصبغة غرام وزرعه في وسط حاوٍ على ثاني أكسيد الكربون بنسبة 10%.

التدبير استئصال جراحي للمادة المتنخرة. إعطاء الميترونيدازول (500 مغ كل 8 ساعات وريدياً، أو 1 غ كل 8 ساعات عبر المستقيم، أو 400 مغ كل 8 ساعات فموياً)

الكزاز TETANUS

خمج ناجم عن المطثية الكزازية التي توجد كمطاعم معوي Commensal بالإضافة لوجودها في التربة. تبقى هذه العصية السلبية الغرام متوضعة مكان الدخول، لكنها تُنتج ذيفاناً خارجياً يؤثر على الجملة العصبية المركزية. هذا المرض غير سارٍ (غير معدي). وفترة حضانته 1 - 15 يوماً.

اللامح السريرية حمى، ضزز Trismus (الفك المقفل) نتيجة تشنج العضلة الماضغة، آلام عضلية، توجّس، تيقظ، فرط التوتر، صمل عضلات الوجه، والرقبة، والجذع (التكشيرة السردونية والتشنج الظهري Opithotonos). قد يحدث تشنج العضلات استجابة لمنبه مؤذ (صوت أو لمسة غير متوقعة) وهو قادر على إحداث اختناق.

تحدث عدم ثباتية مستقلة تترافق مع لانظميات، وتعرق، وتأرجح في ضغط الدم، يعتبر إنتان الحبل السري مصدراً هاماً للخمج في العالم الثالث.

الاستقصاءات التشخيص سريري عادة، عزل الكائن الحي نادر.

التشخيص التفريقي الهُراع وخلل التوتُّر التالي لتناول الفينوتيازين.

> **التدبير** يكون بمنع حدوث المرض إذا كان ذلك ممكناً، بالتمنيع الفعّال وبتنظيف الجرح جيداً بعد الأذية. تجب المعالجة طالما كان هناك شك بوجود هذا المرض، حيث يجب منع امتصاص المزيد من الذيفان بتنظيف الجرح. وإعطاء ترياق Antitoxin الكزاز الإنساني وريدياً أو عضلياً، وإعطاء بنزيل بنسلين 600 مغ كل 6 ساعات وريدياً أو اعطاء metronidazole 500 ملغ /8 سا/ وريدياً. ووضع المريض في حال الضرورة في غرفة هادئة، ومنع حدوث التشنجات العضلية بإعطاء الديازيبام، أو ارخاء المريض بإعطاء d-Tubocurarine. او بانكرونيوم Pancuronium ثم تثبيت المريض ووضعه على التهوية الصنعية. يجب تأمين تغذية وإماهة كافيتين.

الخناق DIPHTHERIA

مرض وبائي حاد من الواجب التبليغ عنه، ينجم عن الوتدية الخناقية وينتشر بوساطة القطيرات. يمكن الوقاية من هذا المرض بالتمنيع الفعال. هذا المرض نادر في المملكة المتحدة في هذه الأيام، لكنّه يبقى هاماً في البلدان غير المتطورة. فترة الحضانة 2 - 4 أيام.

تبقى الكائنات الحية مُوضعة في الحلق، لكنها تفرز ذيفاناً خارجياً يؤثر على القلب والدماغ.

اللامح السريرية التهاب حلق يترافق مع مظهر تقليدي للوزتين: غشاء نزفي/ أصفر متوذم، ذو حواف واضحة الحدود، والذي ربما امتدّ ليشمل عماد الحلق Pillor والحنك.

قد ينتفخ العنق (الخناق ذو الرقبة الغليظة) في الحالات الشديدة. كما ونصادف تسرع القلب الملحوظ، وحُمّى خفيفة، وصوتاً أجش، وسيلاناً أنفياً. تشاهد، في حالات نادرة، قرحات جلدية مفردة، وذلك في المناخات المدارية. قد يحدث، في الحالات الشديدة، انسداد حنجري، صرير، وهط دوراني، موت.

الاستقصاءات التشخيص سريري، يُثبت بزرع مسحة الحلق.

> **التدبير** نعطي ترياق الخناق فوراً واعتماداً على الشك السريري (قد يحدث التاق عند إعطاء مصل الحصان لذا يجب ان يكون الأدرينالين، الكلورفينرامين. السالبوتامول والهيدروكورتيزون متوفراً). يجب إعطاء البنسلين أو الإريثروميسين مدة اسبوعين للتخلص من الوتدية الخناقية في الحلق. يجب الوقاية من هذا المرض بالتمنيع الفعال للأطفال في سن 3- 12 شهراً. يجب تحديد الحَمَلة في أي تفشٍ للمرض، ومعالجتهم بإعطاء البنسلين أو الإريثروميسين مدة اسبوع وعزلهم عن المحيط حتى تكون نتيجة مسحات الحلق المأخوذة يومياً ولمدة 6 أيام سلبية.

المضاعفات تتضمن الإصابات العصبية: شلل عضلات الحنك، شلل عضلات العين الخارجية، اعتلالاً عصبياً محيطياً، ضعف الحجاب الحاجز. ربما حدث التهاب عضل القلب، مع ما يؤدي إليه من لانظميات وقصور القلب.

PERTUSSIS (WHOOPING COUGH) — الشاهوق (السعال الديكي)

ينجم عن البورديتيلة الشاهوقية Bordetella Pertusis وهي عصية سلبية الغرام، تنتشر بواسطة القطيرات. هذا المرض خامج بشدة، يصيب الأطفال قبل سن المدرسة عادة. فترة الحضانة 7 - 14 يوماً.

اللامح السريرية

المرحلة النزلية: التهاب الأنف، التهاب الملتحمة، سعال غير منتج.

المرحلة التشنجية: نوب من السعال المتقطع، قياء، إنهاك. ربما استمرت فرط فعالية القصبات عدة أشهر.

الاستقصاءات التشخيص سريري، يُثبت بزرع مسحات الأنف بالفحوص المصلية.

> **التدبير** تكون الوقاية بالتمنيع الفعال لأطفال ما قبل سن المدرسة. يكون خطر اذية الدماغ للحدثة بالتلقيح قليلاً، ويمكن تقليله بعدم إعطاء اللقاح للرضع الذين في سوابقهم قصة اذية ولادية، او اذية الجهاز العصبي المركزي، اختلاجات سابقة، قصة عائلية لما سبق، تفاعل سابق للقاح. يعالج المرض المثبت بإعطاء الإريثروميسين خلال المرحلة النزلية. كابتات السعال مفيدة، يجب تامين تغذية وإماهة كافيتين. قد نحتاج للتهوية. يمكن إعطاء الرضع الذين لم يجر تلقيحهم، الإريثروميسين اتقائياً إذا حدث لديهم سعال لمدة 24 ساعة.

المضاعفات التهاب قصبي رئوي جرثومي ثانوي، توسع القصبات، اختناق، عوز الأكسجين المخي، اختلاجات، الموت. قد تؤدي اشتدادات السعال لحدوث نزوف تحت الملتحمة.

TYPHOID FEVER (ENTERIC FEVER) — الحمى التيفية (الحمى المعوية)

تعود للخمج بعصية السلمونيلة التيفية السلبية الغرام. بينما تعود الحمى نظيرة التيفية للسلمونيلة نظيرة التيفية. تنتشر هذه العصيات عبر الانتقال من إنسان لآخر، وخاصة تحت ظروف من سوء التصحُّح (الظروف الصحية السيئة). تحدث الحمى التيفية بشكل فرادي أو وبائي. بعد أكل الكائنات الحية، تخترق هذه الكائنات المخاطية السبيل المعدي المعوي حيث تلتقط من قبل خلايا الشبكة البطانية والذي يُعدّ مكان تضاعفها. فترة الحضانة أكثر من 18 يوماً. ثم يحدث انتشار إنتاني في الجسم. قد تقوم المرارة مقام مستودع للخمج المستمر عند الحملة.

اللامح السريرية صداع لا نوعي، سعال، وسن، إمساك، حُمّى، تخليط، ضخامة الطحال، بقع وردية، بطء نسبي في سرعة القلب في الأسبوع الأول. تتردى حالة المريض عند عدم معالجته ويصاب بالتحفاف، ويصبح بطنه عجينيا، كما ويحدث لديه نزف هضمي وقد تنثقب أمعاؤه.

الاستقصاءات • قلة العدلات. • زرع الدم، البول، البقع الوردية، البراز. • الاختبارات المصلية (فيدال) لكلا المستضدين O و H للكائن الحي.

التدبير عزل للريض وتمريضه مع تامين الإمهاء Rehydration، الدواء المختار هو ciprofloxacin 200 ملغ/مرتين باليوم/وريدياً او 750 مغ/مرتين باليوم فموياً. إعطاء (كبدائل) الكلورامفينكول 500 مغ كل 4 ساعات، او الأموكسيسيلين 500 مغ كل 6 ساعات او الكوتريمكسازول 960 مغ كل 12 ساعة لمدة اسبوعين وريدياً (في البداية). يمكن معالجة الحَمَلة بسيبروفلوكساسين 500 مغ مرتين/يوم. ولكن قد نحتاج لاستئصال للرارة عندهم.

التدرن (السل) TUBERCULOSIS

مرض خمجي مزمن تُسبِبه المتفطرة السلية Mycobacterium أو تسببه المتفطرة البقرية في حالات نادرة.
يُعتبر هذا المرض سبباً هاماً لكل من الوفيات والمراضة في بلدان العالم الثالث. ورغم أنّه لا يعدو أن يكون مشكلة صغيرة في العالم المتقدم فما زال يحدث في بعض قطاعات المجتمع مثل الكحوليين، قليلي التغذية، عند بعض الجماعات العرقية، عند المصابين بخمة عوز المناعة المكتسب. المتفطرة السلية عُصيّة غير متحركة، تتلوّن بالكحول الحمضي عند صَبْغها بالكاربول فوتشيسين Carbol Fuchsin ولهذا تعتبر صامدة للحمض (Acid-fast). هذه العصية بطيئة النمو، يمكن أن تحتاج لستة أسابيع حتى تظهر نتائج الزرع. يسمح نظام باكتيك Bactec بتحديد مستقلبات المتفطرة خلال أسبوعين، لكنّه ليس مُتيسّراً بشكل واسع إلى الآن.

المسببات والإمراضية تدخل الكائنات الحيّة إلى البدن عبر الجلد، أو السبيل التنفسي، أو السبيل الهضمي. ليس من الضروري ظهور المرض السريري دوماً. وهذا ربما اعتمد على حالة المناعة الطبيعية Natural الموجودة، وحالة التغذية، والسِّن، والأمراض المرافقة (الداء السكري، الخباثات)، والكبت المناعي، أو حتى ظروف المعيشة الحياتية عند الأشخاص المصابين. يحدث الخمج الأوّلي في الرئة عادة حيث يتشكل "المعقد البدئي" وهو عبارة عن تشارك البؤرة البدئية للخمج (بؤرة كون) Ghon Focus في متن (برنشيم) الرئة مع الإصابة الجبنية للعقد اللمفية الناحية (المنصفية عادة). إذا كان الموضع البدئي للخمج في اللوزة أو الصائم فعليه تكون العُقد اللمفية المصابة هي الرقبية أو المساريقية على الترتيب.
في الأغلبية العظمى من الحالات، يلتئم المعقد البدئي ويتكلس، ويبقى الشخص لا أعراضياً لكنه يصبح مُتحسساً للبروتين السُّلي.

قد لا يحدث الالتئام بشكل كامل في عدد قليل من الحالات، وعندها يحدث سل رئوي مترقي. ربما حدث الانتشار دمويا في حالات نادرة وعندها يتشكل السل الدخني المتميز بإصابته الواسعة للرئتين، نقي العظم، والكليتين، والكبد، والدماغ، والعظام، والمفاصل، والقلب. يمكن أن تحدث إعادة تفعيل للمعقد البدئي الملتئم بشكل جزئي بعد عدة سنوات، أو ربما حدثت عودة الخمج للشخص من مصدر خارجي مع ما يرافق ذلك من حدوث السل ما بعد البدئي. من غير الشائع مصادفة الانتشار المحمول دمويا في هذه المرحلة.

الملامح السريرية

المجموعية: إنهاك، فَقد الوزن، تعرُّق ليلي، دعث، حُمّى، قهم. ربما كان المرض لاأعراضياً واكتشف صُدفة.

الموضعية:

- الرئتان: سعال، تقشُّع، نفث الدم، انقطاع النفس، بُحّة الصوت، انخماص فِصّي، ذات الرئة والقصبات.
- الجنبة: ألم، انقطاع النفس، انصباب جنبوي.
- التامور/القلب: ألم، لانظميات، التهاب التامور المُضيِّق، قصور القلب.
- الأمعاء: إسهال، سوء الامتصاص، انسداد.
- السبيل التناسلي البولي: قصور كلوي، بيلة دموية، التهاب البربخ، التهاب البوق، عقم.
- الجلد: ذأب شائع، حمامى عقدة.
- العينان: التهاب المشيمية، التهاب القزحية، التهاب قرنية وملتحمة نُفيطي.
- العظام /المفاصل: ذات عظم ونقي، التهاب المفاصل.
- الجهاز اللمفي: خراجات باردة، اعتلال عقدي لمفي.
- الدماغ: التهاب السحايا، تورُّم درني.
- غدتا الكظر: داء أديسون.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة: بؤرة أوّلية، اعتلال عقدي لمفي، تكهف، استرواح الصدر، باحات من التكلس، انصباب جنبوي، دُبيلة (تقيح الجنب)، انخماص شدفي/فصي، داء دخني، تشكل وَرَشُّوم (ورم رشاشي) ثانوي. يجب المقارنة مع الصور البسيطة السابقة إذا كان ذلك ممكناً. • تصوير مقطعي للصدر. • تصوير الجهاز البولي الوريدي. • تفرُّس مقطعي مُحوسب CT scanning. • اختبار السلين: اختبار مانتو Mantoux عبارة عن زرق مشتق بروتيني مُنقّى (PPD) داخل الأدمة، ويتم الزرق عادة في الوجه المثني للساعد، وتتم القراءة بعد 48 - 72 ساعة. تكون النتائج إيجابية عند تشكل باحة من جُسوء (قساوة Induration) قطرها 5 ملم على الأقل مع حُمامى محيطة بها. يجب البدء بزرق 0.1 ملم من محلول 1 في 10.000 ثم الانتقال لمحاليل أعلى تركيزاً إذا كانت النتائج سلبية. تتوفر العديد من اختبارات السلين البديلة، وهي مفيدة في التقصي الواسع النطاق (اختبارات هيف وتاين Heaf and Tine tests) لكنّها ليست بمثل دقة

اختبار مانتو. • الفحص الجرثومي: ويتضمن الصبغ (زيل نلسن، الأورامين المتألق)، زرع القشع، رشافة / خزعة جنبوية أخذ عينات بولية في الصباح الباكر (EMUs)، مُسحات من الحنجرة، المعدة، السائل النخاعي، خزعة من الكبد، رشافة من نقي العظم.

التدبير يمكن الوقاية من حدوث المرض قدر الإمكان باتخاذ إجراءات معينة تتضمن التلقيح بلقاح ب.ث.ج. كما في الجدول (5 - 12)، تحسين الظروف الصحية للمعيشة. تأمين تغذية كافية، تبليغ السلطات المختصة عن الحالات المنسوبة Index للنبتة . للشكوك فيها وتعقُب الحالات التالية. نادراً ما نحتاج لعزل الحالات المخموجة، ولكن يجب عزل الأطفال الصغار عن الحالة Index إلى ان تأخذ المعالجة الكيماوية دورها وتصبح فعالة. نادراً ما نحتاج للجراحة في الوقت الحاضر . للعالجة الكيماوية بمضادات الجراثيم هي حجر الأساس في المعالجة، حيث تستخدم حالياً انظمة دوائية مختلفة. هناك خمس ادوية من الشائع استخدامها في العالم النامي، الريفامبيسين، الإيزونيازيد، الإيتامبتول، البيرازينامايد، الستربتوميسين. تبلغ الفعالية الحقيقية لهذه الأدوية في شفاء التدرن 100%إذا استخدمت ضمن مشاركات صحيحة ولفترة كافية (الجدول 6 - 12).

يمكن استخدام انظمة دوائية اقل تكلفة في البلدان النامية مثل ستربتوميسين + إيزونيازيد مرتين اسبوعياً لمدة 12 شهراً، ولكن يجب الرجوع لمراجع ادوية جهاز التنفس للعيارية بحثاً عن تفاصيل الأنظمة العلاجية للائمة.

الريفامبيسين، 10مغ/كغ (400 - 600 مغ/يوم)، يمتص بشكل افضل عندما تكون المعدة خاوية. ربما ادى لارتفاع عابر في نتائج اختبارات وظائف الكبد، والتي يمكن تجاهلها ما لم يظهر اليرقان حيث لا بد من إيقاف المعالجة عندها. يؤدي الريفامبيسين لتلوُن سوائل البدن مثل البول، العرق، الدموع باللون الأحمر، وربما ادى لاصطباغ العدسات اللاصقة بشكل لاعكوس. يزيد الريفامبيسين من فعالية إنظيمات الكبد جاعلاً الأقراص المانعة للحمل اقل فعالية مما يدفعنا للجوء لأشكال بديلة لمنع الحمل، ربما ادى الريفامبيسين لحدوث حُمّى، التهاب وعائي، مرض شبيه بالنزلة الوافدة، غثيان، قياء.

الإيزونيازيد، 200 - 300 مغ/يوم عند البالغين. يستطيع إحداث تفاعلات فرط التحسس (طفح جلدي حمامي وحُمّى) واعتلال عصبي احياناً (وخاصة بوجود مؤستلات بطيئة - تنخفض الأستلة عند وجود معالجة متزامنة بالبيريدوكسيم 10 مغ/يوم). إحداث الإيزونيازيد للسُمِّية الكبدية امر مفروغ منه.

الإيتامبتول، Ethambutol 15مغ/كغ/يوم. وقد يسبب التهاب العصب البصري، حدد حدة البصر قبل البدء بالمعالجة وعلى فترات منتظمة بعد المعالجة. ويوقف الدواء عند حدوث مشاكل بصرية.

البيرازينامايد Pyrazinamide، 35 مغ/كغ/يوم مع عدم تجاوز 2.5 غ/يوم. ويمكن ان يؤدي إلى النقرس، التهاب الكبد، ألم مفصلي، فرط التحسُس.

الستربتوميسين، 0.75 - 1.00 مغ/يوم. تعتمد الجرعة على مستوى الدواء في المصل. ربما احدث اضطراباً دهليزياً، صمماً، فرط التحسُس.

يجب إعطاء جميع الأدوية مُجتمعة مرة واحدة يومياً لتأمين مستويات مصلية اعظمية كافية لإبادة الجراثيم.

ربما كانت هناك حاجة للستيرويدات القشرية في الخمج الخاطف، وداء اديسون الثانوي، والانصبابات الجنبوية والتامورية السلية، وفي الاعتلال العقدي اللمفي، وفي الإصابة التناسلية البولية او السحائية.

الجدول 5 - 12، نصائح حول لقاح BCG
حديثي الولادة من أصل افريقي ـ اسيوي. اطفال المدارس الذين لم يسبق أن اخذوا اللقاح. العاملون في وحدات العناية الطبية. سلبيوا السللين الذين هم على احتكاك مع مرضى السل الرئوي.

الجدول 6 - 12 ،	الأنظمة الدوائية في التدرن
مدة 9 اشهر	الطور الأولي (شهران): ريفامبيسين + ايزونيازيد + إيتامبتول / ستربتوميسين. طور المتابعة، (7 اشهر): ريفامبيسين + إيزونيازيد.
مدة 6 اشهر	الطور الأولي (شهران): ريفامبيسين + ايزونيازيد + بيرازينامبد + ايتامبتول / ستربتوميسين. طور المتابعة (4 اشهر): ريفامبيسين + ايزونيازيد يمكن تعديل المعالجة الدوائية تبعاً لنتائج اختبارات التحسس الجرثومية.

البُرداء MALARIA

حمج تسببه المُتصوِّرة Plasmodium المنجلية، أو البيضوية، أو النشيطة، أو الوبالية. ينتقل الخمج بواسطة عضة أنثى بعوضة الإنفيل (ناموس) ونادراً ما ينتقل عبر نقل الدم أو عبر المشيمة. يُشكِّل حصول توطُّن لهذا المرض في البلدان المدارية وما تحت المدارية، مشكلة متزايدة. هذا المرض واجب التبليغ عنه.

اللامح السريرية حمى ناكسة، رعدات، ألم بطني، إعياء، تعرُّق غزير، يرقان، ضخامة الكبد والطحال، صُداع، قياء، إسهال، فقر دم انحلالي متزايد. يسلك الخمج بالمتصورة البيضوية والنشيطة والوبالية مسلكا حميداً، لكنّه ربما نكس بعد عدة سنوات من الهجمة الأوّلية. تحدُث المتصورة المنجلية مرضاً أكثر خطورة، وربما أدت لحدوث قصور كلوي حاد، قصور الكبد، برداء مخية، انحلال دم شديد داخل الأوعية يقود "لحمى البول الأسود".

الاستقصاءات يجب التفكير بهذا المرض دوماً عند كل مريض مصاب بحمى مجهولة السبب PUO، وخاصة إذا توافرت قصة سفر لبلد أجنبي (غريب). فحص مجهري لأفلام الدم الرقيقة والسميكة بحثا عن طفيليات البرداء.

التدبير راحة في الفراش. إماهة ملائمة. باراسيتامول عند الصداع.
non-flaciparum: chloroquine لمدة 3 أيام + primaquine لمدة 14 يوم.
flaciparum، quinine لمدة 7 أيام مع pansidar.
يمكن أن تستخدم الـ mefloquine أو halofantine بدلاً عن الـ quinine. يمكن أن نجري نقل دم في حالات فقر الدم الشديد. تساعد الستيروئيدات القشرية في انقاص الانحلال الدموي.
ولسوء الحظ فإن نسبة الوفيات عالية في الحالات المختلطة.

الاتقاء وهو إجراء هام، لكنّه لا يكفل منع حدوث الإصابة، وإنّه لمن الأهمية بمكان طلب النصيحة بخصوص المناطق التي فيها مقاومة دوائية قبل السفر خارج البلاد. يُعتبر الكلوروكين بجرعة 300 مـــغ أسبوعياً أوالبرغوانيل Proguanil بجرعة 100 - 200 مغ/يوم عوامل اتقائية فعّالة. وإذا اعتبرت المقاومة للكلوروكين مشكلة، فيمكن استخدام "مالوبريم" أو"فانسيدار" بمقدار قرص في الأسبوع. تعتبر الرهيمات Creams المنفرة أو الرذاذات Sprays، والملفات الصائدة للبعوض والشبكات طرق هامة من طرق الاتقاء أيضاً.

الأخماج الحموية VIRAL INFECTIONS

الحصبة MEASLES

خمج تسببه حُمّة نظيرة مخاطية رناوية RNA Paramyxovirus تنتشر بواسطة القطيرات. تمتاز هذا الخمج بكونه شديد العدوى، ذو فترة حضانة من 7 - 14 يوماً. يصيب الأطفال عادة. تحدث أوبئة بالحصبة كل سنتين في فصل الشتاء في المناخات المعتدلة. حدوث هجمة واحدة من هذا المرض كافية لإكساب المريض مناعة دائمة.

اللامح السريرية

المرحلة النزلية: حُمّى، سعال، زكام، التهاب الملتحمة، بقع كوبليك على الغشاء المخاطي للفم (خاصة الوجه الباطني للخدين)، هيوجية. يكون معظم المرضى خاجين خلال هذه المرحلة.

المرحلة الطفحية: حيث يصادف طفح بقعي أو حطاطي بقعي ذو لون أحمر مسود خلف الأذنين، ينتشر ليصيب الوجه والجذع، ويترافق مع حُمّى متزايدة. وفي النهاية يصبح الطفح متلاقياً ويقتم لونه.

الاستقصاءات التشخيص سريري، يمكن معايرة أضداد IgM وIgG.

التدبير منع المريض من الذهاب للمدرسة مدة 10 أيام. إعطاء الباراسيتامول لتفريج الحمى. الوقاية، بالتمنيع الفعّال، للأطفال فوق السنة والذين لم يصابوا بالمرض مسبقاً أمر هام. التمنيع المنفعل بالغلوبلين المناعي عند المرضى الذين يعانون من سوء تغذية شديد أمر وارد أيضاً.

المضاعفات التهاب الدماغ، التهاب الأذن الوسطى الجرثومي الثانوي، ذات الرئة (غالباً بالعنقوديات الذهبية أو الكائنات الحية السلبية الغرام عند الأطفال السيئي التغذية)، التهاب الدماغ الشامل التصلبي تحت الحاد، خانوق Croup، التهاب الفم، كواشركور.

RUBELLA (GERMAN MEASLES) الحميراء (الحصبة الألمانية)

تسببها الحُمّة الطخائية Togavirus التي تنتشر بواسطة القطيرات. الإصابة بهجمة واحدة كافية لإكساب المناعة. فترة الحضانة 18 يوما. تُعتبر الحصبة الألمانية مرضا خفيفا عند الأطفال، لكنه أكثر شدة عند البالغين، وربما أدى لحدوث شذوذات ولادية شديدة إذا حدث خلال الحمل (ثلاثية مؤلفة من عمى، وصمم، وعيوب قلبية بالإضافة لضخامة الكبد والطحال، والطفح الحاك والسادّ).

اللامح السريرية طفح بقعي وردي باهت على الوجه، ينتشر للجذع والأطراف. اعتلال عقدي لمفي تحت قذالي خُمّى، ألم عضلي.

الاستقصاءات • عزل الحُمّة من مسحة الحلق. • ارتفاع عيار الأضداد.

التدبير لا شيء. تكون الوقاية بالتمنيع الفعّال للفتيات في سن 11 - 13 سنة واللواتي ليس لديهن أضداد للمرض. يُنصح بإنهاء الحمل إذا حدثت الإصابة خلال الأسابيع الستة الأولى للحمل.

MUMPS النكاف

تسببه حمة نظيرة مخاطية رناوية RNA Paramyxovirus تنتشر بواسطة القطيرات. معدل الإحماج منخفض، رغم إمكانية كون بعض الحالات تحت سريرية. فترة الحضانة 18 يوما.

اللامح السريرية حُمى، دعث، ضزر Trismus، تورم الغدة النكفية، التهاب الخصية عند البالغين الذكور، التهاب المعثكلة، التهاب المبيض.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة. • في حالات الشك يعتبر ارتفاع عيار الأضداد أو زرع الحمّات من مسحة اللعاب، مشخصا.

التدبير اعراضي فقط. إعطاء البريدنيزولون في التهاب الخصية.

VARICELLA (CHICKEN POX) الحُماق

تسببه حمة حلأ دناوية DNA herpes، تنتشر بواسطة القطيرات أو بالتماس المباشر مع آفات الجلد. مرض خامج بشدة، يصيب الأطفال عادة. الإصابة بهجمة واحدة كافية

لإكساب المناعة عادة، لكن يحدث إعادة تفعيل ويُصاب المريض بالحلأ المنطقي. فترة الحضانة 14 - 21 يوما. ربما انتشر المرض عند الثوي الضعيف المناعة.

اللامح السريرية حمى خفيفة، طفح مميز على الجذع ينتشر للوجه والأطراف (الطفح بقعي في البداية، ثم يتحول لحطاطات، فحويصلات، فبثرات أخيرا). يظهر الطفح في مجموعات.

الاستقصاءات • التشخيص سريري. • ارتفاع عيار الأضداد. • المضاعفات خمج ثانوي، ذات الرئة (تُخلّفُ ندبات مُتكلسة على صورة الصدر البسيطة) التهاب كبيبات الكلى التكاثري، التهاب الدماغ المزيل للنخاعين.

> **التدبير** نستخدم الـ Acyclovir في حال التهاب الرئة، التهاب الدماغ، حال الخمج الشديد، وفي حال كبت للناعة.
> يعمل الـ Acyclovir على تقصير سير المرض عند اعطاؤه باكراً إذا حدث انتان جلد ثانوي فيجب إعطاء chlorhexidine النموذجي. من الممكن ان نحتاج الـ augmentin الفموي حبة كل 8 ساعات او flucloxacillin 500 500 مغ كل ست ساعات.
> نعطي الغلوبيولين المناعي البشري المضاد للحماق عند المرضى مكبوتي المناعة.

الحلأ المنطقي (النطاقي) HERPES ZOSTER (SHINGLES)

ينجم عن غزو حُمّة الحُماق لعقدة الجذرِ الخلفي. ربما هجعت الحُمّة في مكانها عدة سنوات، وعادة تُسرّع أخماجٌ أخرى حدوث عودة التفعيل.

اللامح السريرية ألم شديد في منطقة توزيع الجذر العصبي Rosal المُصاب. يصبح الجلد بعد ذلك حُمامياً قبل ظهور الطفح الحويصلي الندبي المُميّز. ربما عانى المريض من آلام عصبية مُعنّدة لعدة أشهر، وربما حدثت آلام عضلية، التهاب النخاع، التهاب الدماغ. تؤدي إصابة التقسيم الأول من العصب الثلاثي التوائم لحدوث حلأ عيني مترافق مع حويصلات في القرنية وندبات.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة. • إثبات التشخيص بوجود ارتفاع عيار الأضداد.

> **التدبير** يوقف الأسيكلوفير Acyclovir ترقي الإصابة إذا أعطي باكراً بشكل كاف، وربما خفف من وقوع الألم العصبي ما بعد الحلني (800 مغ فموياً او رهيم Cream موضعي 5% 5 مرات يومياً لمدة 7 ايام، او 5 مغ/كغ كل 8 ساعات لمدة 7 ايام حيث يعطى على شكل تسريب بطيء خلال 1 ساعة في الأخماج الشديدة). يمكن ان نستخدم famciclover بدلاً عن acyclovir حيث انه يمتص بشكل افضل عن طريق الفم. يُفيد إعطاء إيدوكسوريدين Idoxuridine 5% موضعياً كل 6 ساعات لمدة 7 ايام. تجب معالجة الألم بشكل كاف بإعطاء للسكنات القوية مثلاً coproxamol بشكل نظامي. ربما كان الأميتربتيلين Amitriptyline او كاربامازيبين Carbamazepine مفيداً في تفريج الألم العصبي ما بعد الحلني في حال عدم كفاية للسكنات البسيطة.

الحلأ البسيط

ص 309

كثرة الوحيدات الخمجية (الحُمَى الغدِّية)
INFECTIOUS MONONUCLEOSIS (GLANDULAR FEVER)

ينجم هذا المرض عن الخمج بحُمَّة إبشتين بار، وهي حُمّة حلئية تسبب سرطانة البلعوم الأنفي ولمفوم بُركيت أيضا. هذا المرض خامج بشكل خفيف، ويميل للانتشار بواسطة التماس اللصيق مثل التقبيل. يميل لأن يُصيب البالغين الشباب. فترة الحضانة 4 - 5 أسابيع.

اللامح السريرية حُمى، التهاب الحلق، دعث، اعتلال عقدي لمفي رقبي، نزوف حبرية على الحنك، طفح بقعي حطاطي (وخاصة إذا وُصفَ الأمبيسلين)، ضخامة الكبد والطحال، التهاب السحايا بشكل نادر، التهاب الدماغ، فقر دم انحلالي، نقص الصفيحات، التهاب المعثكلة.

الاستقصاءات • يحدث كثرة البيض بشكل خفيف على حساب العدلات في البداية، يليها حدوث كثرة لمفاويات لانموذجية (لمفاويات تائية مُفعّلة). تشاهد لمفاويات لانموذجية مشابهة في داء المقوسات، والخمج بالحمّة المُضخِّمة للخلايا CMV، واللمفومات، الابيضاضات. • توجد أضداد مُستَغيرة يمكن لها أن ترص كريات الدم الحمر عند الخروف (تفاعل بول - بونيل). يمكن الحؤول دون حدوث التراص عند إحداث امتصاص مسبق بكريات الدم الحمر البقرية، لكن ليس بخلايا خنزير غينيا. اختبار المونوسبوت الوحيدة مشابه لتفاعل بول - بونيل لكنّه أسهل وأكثر سرعة في إنجازه، إلا أنه ليس بمثل نوعية تفاعل بول - بونيل.
• يمكن معايرة أضداد حُمّة إبشتين بار (IgM و IgG).

التدبير اعراضي يتضمن الراحة، تفادي شرب الكحول، علماً أن الستيرويدات القشرية نادراً ما تستطب.

FUNGAL INFECTIONS — الأخماج الفطرية

التصنيف : (الجدول 7 - 12).

الجدول 7 - 12 : تصنيف الأخماج الفطرية
اخماج سطحية:
الفطور الجلدية: طب الجلد ص 310
داء المبيضات: طب الجلد ص 311
النخالية المبرقشة: طب الجلد ص 312

الجدول 7 - 12 ، تصنيف الأخماج الفطرية *(تابع)*
اخماج تحت الجلد: فطروم Mycetoma (قدم مادورا) الفطار الصبغي Chromomycosis
اخماج مجموعية: داء النوسجات Histoplasmosis داء الرشاشيات Aspergillosis الفطار الكرواني Coccidiodomycosis داء المستخفيات Cryptococcosis

الفطروم (الورم الأفطوري) MYCETOMA

خمج مزمن يصيب النسج اللّينة العميقة والعظام، وربما أصاب الأطراف أو الجذع أو الرأس. ...ببه الفطور الحقيقية والفطور الشُعيّة Actinomycetes وكلاهما يعطي حبوبا Grains.

الملامح السريرية تورم غير مؤلم في مكان التشرُّب impregnation يؤدي لحدوث كهوف ...راحات، وتندُّبات وتشوهات.

الاستقصاءات الفحص المجهري للقيح أو الخزعة أو زرعهما.



> **التدبير** الفطور الحقيقية قد تستجيب الى ketoconazol. ربما استجابت الفطور الشعية للبنسلين، او الدابسون، او السربتوميسين، وربما كانت هناك حاجة للبتر.

داء النوسجات HISTOPLASMOSIS

...به النوسجة المُغمّدة أو الدبويسية Duboisii بشكل ثانوي لاستنشاق الأبواغ عادة.

الملامح السريرية ربما كانت لاأعراضية. وربما قلّدت السُّل: حُمّى، فقر الدم، اعتلال عقدي ...امي، التهاب الشغاف، ضخامة الكبد والطحال، إسهال، سعال، تقشّع.

الاستقصاءات • تُظهر صورة الصدر البسيطة، وصورة البطن البسيطة وجود تكلّسات في ...الرئتين أو الكبد، أو الطحال. • أخذ خزعة نسيجية لاستجهارها وزرعها. • اختبارات ...ما الحساسية الجلدية المتأخرة. • اختبار تثبيت المتممة.

> **التدبير** إعطاء الامفوتيراسين في ايام متناوبة لأكثر من شهر. التأثيرات الجانبية: حمى، صداع، ...عث. خثار وريدي، والتي ربما أمكن تقليلها بمعالجة مرافقة من البردنيزولون.

CRYPTOCOCCOSIS داء المستخفيات

تسببه المستخفية نيوفورمانس Neoformans، وهو داء شائع الحدوث عند ضعيفي المناعة مثل المصابين بحمة عوز المناعة المكتسب.

اللامح السريرية التهاب السحايا، إصابة رئوية، إصابة معدية معوية.

الاستقصاءات • استجهار (صبغة الحبر الهندي) وزرع الخزعات أو السائل النخاعي (الدماغي الشوكي). • اختبار تثبيت المتممة.

التدبير إعطاء الأمفوتيرسين مع 5 فلوسيتوزين.

ASPERGILLUS داء الرشاشيات

أشيع الفُطارات الرئوية في المملكة المتحدة، وهو مسوول عن العديد من الأمراض.

الجدول 8 - 12 : الأمراض الناجمة عن أنواع الرشاشيات
الربو.
داء الرشاشيات القصبي الرئوي الأرجي.
الرشنوم (ورم رشاشي).
التهاب الأسناخ الأرجي الخارجي المنشأ.
داء الرشاشيات الغازي.
الفطار الأذني.

من الشائع مصادفة أنواع الرشاشيات في الجوّ أيضاً. هذا ويعتبر إثبات وجود خيوط فطرية Hyphae في عينة من قشع ذا أهمية تشخيصية دوماً. معظم الحالات ناجمة عن الرشاشية الدخناء A. Fumigatus لكن هناك عناصر عديدة أخرى من هذا الجنس (مثل الرشاشية السوداء والرشاشية الدبوسية Clavatus والرشاشية الصفراء A. Flavus).

الربو

الأعراض المعتادة للربو الأرجي (ص 67)، ربما وجدت فر.ا. حساسية جلدية، وربما عُزلت الرشاشية الدخناء من القشع. يقتصر التدبير على معالجة الربو المستبطن.

Allergic bronchopulmonary aspergillosis داء الرشاشيات القصبي الرئوي الأرجي

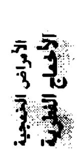
مضاعفة نادرة لكنها هامة للربو. ربما كان الداء لاأعراضياً، واكتشف عند الإجراء المنوالي الدوري لصورة الصدر البسيطة.

اللامح السريرية ربما حدثت حُمّى والأعراض المعتادة للربو. ربما أدى انسداد قصبة رئيسية بالقشع اللزج لحدوث انخماص فصي. يمكن للخمج المتكرر أن يؤذي القصبات.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة، تُظهِرُ وجود شذوذات عابرة مختلفة (انخماص/تصلّد، ظلال محيطية، علامات تسمُّك جدار القصبات). • يظهر فلم الدم المحيطي كثرة الحمضات. • ربما وجدت أضداد مصلية مُرَسِّبة لأنواع الرشاشيات. ربما كان اختبار وخز الجلد المبكر (20 دقيقة) والمتأخر (6 ساعات) إيجابيا. • ربما أمكن رؤية الخيوط / الأبواغ الفطرية عند استحهار القشع، وربما نَمَت عند زرعها.

> **التدبير** يتضمن معالجة مثالية للربو مع إعطاء البريدنيزولون فموياً (20 - 40 مغ/يوم) ثم إنقاص الجرعة تدريجياً للصفر إذا كان ذلك ممكناً. تعتمد سرعة تخفيض جرعة الستيرويد على استجابة المريض الشخصية للمعالجة. ربما احتاجت نسبة قليلة من المرضى تصاب بعوارض راجعة من داء الرشاشيات لإبقائها على جرعة صغيرة من البريدنيزولون الفموي. قد تثبت الأيام القادمة أن العامل المضاد للفطور الفموي إتراكونازول Itraconazole ذو قيمة.

الرشنوم (الورم الرشاشي) Aspergilloma



اللامح السريرية ربما كانت لاأعراضية. يتشكّل الرشّوم في كهوف مُحدَثة بأمراض رئوية سابقة (مثل التدرن، الخراجات، مناطق الاحتشاء الرئوي). يمكن لنفث الدم أن يحدث، وقد يكون شديداً. هذا الداء ناجم عن الرشاشية الدخناء عادة، وربما أحدث غزواً ثانوياً للرئة.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة CXR (عتامة صلبة ضمن كهف، تترافق مع هلال هوائي بين الكرة الفطرية وجدار الكهف). • ربما كان زرع القشع إيجابياً خاصة إذا اتصل الرشوم مع قصبة.

> **التدبير** النتائج غير مرضية لحد كبير، رغم أن الإتراكونازول ربما كان مفيداً. قد نحتاج للجراحة. يجب تجنب الستيرويدات القشرية إذا كان ذلك ممكناً.

التهاب الأسناخ الأرجي الخارجي المنشأ Extrinsic allergic alveolitis

اللامح السريرية حُمّى، وهن، انقطاع النفس دون أزيز مدة ستة أشهر بعد التعرُّض للمستضد (مثل الرشاشية المدبوسية Clavatus في رئة عُمال المَلْت "الشعير النابت" أو عديدة الأبواغ الصغرية الفينية Micrcpolyspora faeni، الشعية الحرارية الشائعة

V.Thermoactinomyces في رئة المزارعين) متبوعاً في نهاية الأمر بانقطاع نفس جهدي مترقي إذا استمر التعرُّض.

الاستقصاءات • استجهار القشع وزرعه (عينة 24 ساعة هي الأكثر تعويلاً)، غُسالات قصبية أو خزعات عبر القصبة أو الرئة المفتوحة. • تفاعل فرط الحساسية الجلدية المبكرة والمتأخرة (6 ساعات). • المرسِّبات المصلية. • صورة الصدر البسيطة: ربما أظهرت ظلال عقيدات صغرية. • المصليات: تبدي وجود أضداد مُرسِّبة للرشاشيات مثلاً. • اختبارات وظائف الرئة: تبدي خللاً تحددياً، انخفاض عامل النقل لأول أكسيد الكربون ونقص حجوم الرئة. • تحليل غازات الدم الشرياني: ربما أظهر قصوراً تنفسياً من النمط I. ربما كانت هناك حاجة لاختبارات التحرُّش بالمستأرجات بالإضافة لاختبارات وظائف الرئة وقياس درجات الحرارة بشكل متعاقب لتأكيد التشخيص.

التدبير تجنب للستضد المرسِّب إن امكن ذلك، ربما كانت هناك حاجة لأشواط من البردنيزولون خلال المرض الحاد. من الصعوبة الشديدة بمكان معالجة التليف الرئوي / القصور التنفسي للثبتين.

داء الرشاشيات الغازي Invasive aspergillosis

اللامح السريرية يحدث بوجود كبت مناعي عادة، ويتظاهر على شكل ذات رئة مُقيِّحة لا تستجيب على المعالجة بالأنظمة المتعارف عليها من الصادات. إنذاره سيء.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة: تظهر ارتشاحاً متنياً واسع الانتشار مع تشكل خراج. • هناك حاجة لاستجهار القشع وزرعه.

التدبير يكون بإعطاء مشاركة من الأمفوتيراسين Ampholeracine والفلوسيتوزين Flucylosine، لكنه نادراً ما ينجح ما لم يعط بشكل مبكر جداً خلال سير المرض.

التهاب المعدة والأمعاء GASTROENTERITIS

يتظاهر على شكل إسهال، وقياء، وألم بطني خلال 24 ساعة من تناول الطعام أو الشراب المخموج.

المسببات الجدول (9 - 12)

الجدول 9 - 12 ، أسباب التهاب المعدة والأمعاء

جراثيم	- السلمونيلة التيفية الفارية. - الشيغلة الزحارية، الفلكسنرية، السونية، البويدية. - للطثية الحاطمة، الوشيقية. - العنقوديات الذهبية. - العطيفة الصائمية. - الإشريكية القولونية. - اليرسينية للعوية القولونية. - العصوية الشمعية. - الضمة الهيضية.
خمَات	- حمَة الروتا. - الحمَة الغدنية. - عامل الشريط الشمالي.
الحيوانات الأوالي	- الجياردئة اللمبلئة. - للتحولة الحالّة للنسج.

داء السلمونيلات SALMONELLOSIS

تسببه السلمونيلة التيفية الفأرية، وهو مسؤول عن 75% من حالات التسمم الطعامي (الغذائي) المسجَّلة في المملكة المتحدة. مصادر الخمج الشائعة هي الدواجن، الحليب، القشدة، المواشي، الخنازير. تحدث الإصابة بالداء عادة نتيجة الطهي الأوّلي وغير الكافي للطعام، أو إعادة التسخين الجزئي للطعام المطبوخ. التفشيات شائعة، وربما أصابت العديد من الأشخاص. تمارس الكائنات الحية تأثيرها من خلال كل من الغزو وإفرازها للذيفانات. فترة الحضانة 12 - 48 ساعة.

اللامح السريرية إسهال خفيف عادة، يستمر عدة أيام، لكن ربما حدث إسهال شديد، ألم بطني، قياء، تجفاف، علماً أن الداء ربما كان مميتاً عند المضعفين.

الاستقصاءات • لا بد من الاستعانة بالوبئيات لتحديد مصدر الخمج. • ربما بقي زرع البراز إيجابياً لأكثر من 8 أسابيع في 30% من الحالات.

التدبير الوقاية بممارسة تصحُّح صارم عند كل المتعاملين مع الطعام، والطهي الكافي لكل الأطعمة هي امر حياتي. يجب الاقتصار في إعطاء الصادات (ciprofloxacin) لأولئك القلائل للصابين بمرض مجموعي، لأن للقاومة الدوائية للكتسبة عبر البلاسميدات Plasmides تعدّ مشكلة. نادراً ما نصادف حَمَلة لهذا الداء. داء السلمونيلات مرض واجب التبليغ.

CAMPYLOBACTER الخمج بالعطيفة

عائد لتناول لحوم الدواجن أو حليبها أو المياه الملوثة. الخمج تحت السريري شائع. فترة الحضانة 12 - 48 ساعة.

اللامح السريرية ألم بطني، إسهال (مُدمي غالباً)، إنتانمية بشكل نادر، التهاب مفاصل، التهاب المعثكلة، التهاب الشغاف. قد تُقلد التهاب الزائدة الحادة أو التهاب القولون.

الاستقصاءات • زرع البراز والدم.

التدبير الإريثرومسين 500 مغ كل 6 ساعات او ciprofloxacin 750 مغ مرتين باليوم.

SHIGELLOSIS (BACILLARY DYSENTERY) داء الشيغلات (الزحار العصوي)

ينتشر عبر الطريق الغائطي الفموي تحت ظروف من التصحُّح السيء. شائع في المناخات المدارية. يُحدث هذا الكائن الحي التهاباً قولونياً، كما يُشكِل ذيفاناً مما يؤدي لحدوث إسهال غزير.

اللامح السريرية تتراوح من خمج تحت سريري إلى خمج شديد. إسهال (مُدمّى عادة)، حُمّى، ألم بطني مغصي، إيلام، زحير، وسن، ألم مفصلي، التهاب القزحية.

الاستقصاءات • زرع البراز.

التدبير إمهاء، تصحُّح كاف. إعطاء كودئين او لوبيراميد Loperamide لمعالجة الإسهال. إعطاء صادات في الحالات الشديدة (امبيسيلين 500 مغ كل 6 ساعات او كوتريمكسازول 960 مغ كل 12 ساعة او ciprofloxacin)، ولكن يمكن اعتبار للقاومة الدوائية مُشكلة قائمة.

ESCHERICHIA COLI الخمج بالإشريكية القولونية

توجد سلالات عديدة قادرة على إحداث التهاب المعدة والأمعاء (عند الأطفال عادة).

الإشريكية المعوية المُولّدة للسُّم المعوي (المُذَيِّفنة): تفرز ذيفانات ثابتة بالحرارة وذيفانات عطوبة بالحرارة مؤدية لحدوث إسهال المسافرين المائي، والذي لا يترافق بملامح التهابية.

الإشريكية الغازية المعوية: تحدث مرضاً شبيهاً بالزحار مع إسهال مُدمّى.

الإشريكية المُمْرضة المعوية: إسهال مُحدث بآلية غير معروفة.

اللامح السريرية إسهال ذو بداية حادة عادة يترافق أحياناً مع قياء.

الاستقصاءات • زرع البراز.

التدبير إمهاء مع إعطاء كودئين او لوبيراميد. يُحتفظ بالصادات للحالات الشديدة (ciprofloxacin).

الخمج باليرسنية YERSINIA

عائد لتناول المحار أو الماء، أو الحليب أو اللحم الملوث. الانتشار من شخص لآخر وارد، وهو مسؤول عن حدوث الأوبئة. يحدث غزو للأمعاء.

الملامح السريرية ألم بطني، إسهال (مائي وحاوٍ على مخاط عادة، لكنّه ربما كان مُدَمى)، طفح، حمامى عقدة، التهاب القزحية. ربما قلد دَاء كرون في اللفائفي النهائي، وهو يُحدث اعتلالاً مفصلياً سلبي المصل عند الأشخاص ذوي النمط النسيجي هلاب$_{27}$ HLA B27.

الاستقصاءات • زرع البراز • التفاعلات المصلية

التدبير نادراً ما نحتاج لصادات (كلورامفينيكول او تتراسيكلين).

الخمج بالعنقوديات الذهبية STAPHYLOCOCCUS AUREUS

تُفرز ذيفاناً معوياً ثابتاً بالحرارة مسؤولاً عن إحداث عارضة من القياء الحاد بعد 1 - 6 ساعات من أكل اللحم أو الكعك المُقشَّد الملوثين.

التدبير اعراضي. قد نحتاج للإمهاء عن طريق الوريد احياناً.

الخمج بالمطثية CLOSTRIDIUM

المطثية الحاطمة C. perfringens: سبب شائع للتسمم الغذائي، وخاصة عندما يُبرَّد اللحم المطبوخ بشكل غير كافٍ، ببطء ثم يُعاد تسخينه. فترة الحضانة 12 - 24 ساعة. الإسهال موجود لكن القياء غير شائع.

المطثية الوشيقية C. Botulinum: تُفرز ذيفاناً معوياً يمارس تأثيره على الجملة العصبية المركزية مُحدثاً شللاً، وفي النهاية الموت بسبب القصور التنفسي في 50% من الحالات. فترة الحضانة 12 - 72 ساعة. يحدث إسهال وقياء. يجب إعطاء الترياق Antitoxin. قد نحتاج لتهوية صُنعية.

المطثية الصعبة C. difficile: تترافق مع التهاب القولون الغشائي الكاذب.

يكون التدبير بإعطاء فنكوميسين Vancomycine 125 مــغ كل 6 ساعات.

BACILLUS CEREUS — الخمج بالعصوية الشمعية

كائن حي حامل للأبواغ، قد يُحدثُ قياء وألماً بطنياً وإسهالاً بعد 1 - 5 ساعات من تناول المواد الملوثة كالرز والحليب واَللحم الملوث.

VIBRIO — الخمج بالضمة

تُحدث الضمّة الهيضية (الأنماط الحيوية التقليدية وضمّة الطُوْر) الهيضة عند الإنسان. شائعة الحدوث في المناطق المدارية وشبه المدارية تحت ظروف من التَصحُّح السيء. يستعمر الكائن الحي الأمعاء الدقيقة مفرزا ذيفانا قويا، لكن لا يحدث غزو للأمعاء.

الملامح السريرية يتباين المرض من حالة الحامل اللاأعراضي إلى حالات الإسهال الشديد غير المؤلم، والذي يترافق مع قياء ومُعوص عضلية. ربما حدثت صدمة بنقص الحجم، يوريمية، نقص سكر الدم.

الاستقصاءات • التشخيص سريري.

> **التدبير** الإمهاء الفعال امر حياتي، يتم باستخدام محاليل حاوية على: الصوديوم، الغلوكوز، البوتاسيوم، الكلور، البيكربونات (محلول منظمة الصحة العالمية مثلاً) او بالإعاضة الوريدية. الصادات مفيدة (تتراسيكلين، او كوتريمكسازول، او كلورامفينيكول). لقاح الهيضة ذو فائدة محدودة ولا يدوم سوى 3 - 6 اشهر.

يمكن للضمّة نظيرة الحالة للدم أن تلوِّث المحار وتُحدث إسهالاً مائياً غزيراً. يكون التدبير بالإمهاء وبإعطاء الصادات (تتراسيكلين أو كلورامفينيكول).

VIRAL DIARRHOEA — الإسهال الحُموي

يمكن لكل من حُمّة الروتا، والحُمّات الغُدية وعامل الشريط الشمالي أن يحدث إسهالاً وخاصة عند الأطفال.

تعمل هذه الحُمّات عن طريق تخريب الزغابات المعوية. يكون التدبير بالإمهاء. واللقاح في طور التحضير.

GIARDIASIS — داء الجيارديات

ينجم عن الخمج بحيوان أوالي مُسوَّط هو الجيارديه المعوية (الجياردية اللمبلية)، شائع التصادف في المناطق المدارية وفي أمريكة الشمالية. ربما كان الداء لاأعراضيا بشكل كامل، أو ربما أحدث سوء امتصاص شديدا.

الملامح السريرية إسهال حاد، ألم بطني، تمدُّد البطن، تطبُّل البطن، وسن، غثيان، نقص الوزن.

الاستقصاءات • إثبات وجود كيسات Cysts باستجهار براز طازج أو إثبات وجود أتاريف Trophozoites في رشافة الصائم.

التدبير إعطاء الميترونيدازول 400 مغ 3 مرات يومياً لمدة 14 يوماً (تجنب شرب الكحول بسبب التأثير المنفر) أو التينيدازول Tinidazole 0.5 - 2.0 غ جرعة وحيدة تكرر بعد أسبوع واحد عند الحاجة.

داء الأميبات AMOEBIASIS

ناجم عن الخمج بالمتحولة الحالّة للنسج. ينتشر المرض نتيجة أكل الطعام المُلوَّث بالكيسات. تتشكل الأتاريف في القولون ثم تغزو جدار الأمعاء مُحدثة زحاراً أميبياً. ربما حدث الانتشار بطريق الدم مما يؤدي لتشكّل خراجات كبدية زحارية. تتراوح فترة الحضانة من أسبوعين إلى عدة سنوات.

الملامح السريرية

الزحار الأميبي: انزعاج بطني، عوارض من إسهال متناوب مع إمساك، يُبدي فحص المستقيم بالإصبع وجود آثار من مخاط ممزوج بدم، من النادر حدوث انثقاب الأمعاء، كما إنّه من النادر عدم التمييز بين الحبيبوم الأميبي المُوَضّع (أميبوم، ورم أميبي) وسرطانة القولون.

داء الأميبات الكبدي: وسن، حُمّى متأرجحة، تعرق، ضخامة الكبد المترافقة مع إيلام كبدي وألم مُحوّل في ذروة المنكب. ربما تمزق خراج الكبد بشكل مُفجع في أجواف الجنبة أو التامور أو الصفاق.

الاستقصاءات • إثبات وجود الأتاريف باستجهار البراز الطازج. • يظهر تنظير السيني، مع أخذ خزعة، وجود تقرّح قولوني. • يمكن تشخيص داء الأميبات الكبدي بتصوير البطن بفائق الصوت أو بالتصوير المقطعي المحوسب أو بالتفرس باستخدام نظائر مُشعّة، ثم يمكن إثبات التشخيص بإجراء اختبارات مصلية (اختبار الضد المتألّق مناعياً).

التدبير الزحار الأميبي، إعطاء ميترونيدازول 800 مغ 3 مرات يومياً لمدة 5 أيام، أو تينيدازول 2غ يومياً لمدة 3 أيام. ويجب اتباع كليهما بإعطاء فوراميد Furamide 500 مغ 3 مرات يومياً لمدة 10 أيام للتخلص من أية كيسات لمعية. داء الأميبات الكبدي، التدبير مماثل لما سبق، لكن قد نحتاج لرشف الخراج إذا كان كبيراً. قد يحدث خمج جرثومي ثانوي يتوجب معالجته بصادات مناسبة واسعة الطيف. الشفاء ليس تاماً دوماً.

متلازمة عوز المناعة المكتسب (الايدز)
(AIDS) ACQUIRED IMMUNO DEFICIENCY SYNDROME

تمّ تمييزها لأول مرة في عام 1983، وهي ناجمة عن الخمج بالحمة الراجعة (القهقرية) الرناوية Retrovirus والمعروفة بحُمة عوز المناعة الإنسانية 1 (HIV1). الحمّات المرتبطة الأخرى (حُمّة عوز المناعة الإنسانية 2 HIV2) 2 وحُمة عوز المناعة القردية) قادرة على إحداث كبت مناعي أيضاً. مصدر هذه الحمة غير معروف، لكنها ربما كانت قادمة من أفريقية.

يميل هذا الداء لأن يصيب مجموعات معينة معروفة جيداً في المجتمع. (الذكور الجنوسيين، مُسرفو المخدرات الوريدية، المنعورون، والذين ينقل لهم الدم بكثرة) ولكن تجدر الإشارة لاحتمال إصابة أية مجموعة في المجتمع بهذه المتلازمة، كما تجدر الإشارة لزيادة معدلات الوقوع عند السكان الممارسين للجنس بشكل سوي. لهذه الحمة خواص توجهها نحو اللمفاويات والعدلات، وهي تخرب الجهاز المناعي بشكل وحشي. من أجل التصنيف والسراية انظر الجدولين (10 - 12) و (11 - 12).

الجدول 10 - 12 : تصنيف CDC للخمج بحمة عوز المناعة المكتسب الإنسانية

الزمرة 1	خمج حاد
الزمرة 2	خمج لاعراضي
الزمرة 3	اعتلال عقدي لمفي معمم مستمر
الزمرة 4	امراض اخرى
الزميرة ا،	مرض بنيوي (للعقد المرتبط بمتلازمة عوز للناعة للكتسب)
	حمى > 1 شهر
	إسهال <1 شهر
	نقص الوزن > 10 % من وزن الجسم
الزميرة ب:	مرض عصبي: خرف، اعتلال نخاعي، اعتلال عصبي محيطي
الزميرة ج:	خمج ثانوي: ذات الرئة بالمتكيسة الكارينية، تدرُن، حلأ منطقي، طلوان مشعر في الفم Oral hairy leucoplakia، داء النوكارديات، داء للبيضات، داء السلمونيلات
الزميرة د:	سرطانات ثانوية: غرن كابوزي، لمفوم مخي اولي، لمفوم لاهدجكن
الزميرة هـ:	حالات أخرى مثل نقص الصفيحات للسبب بالمتلازمة او اعتلال العضلة القلبية.

الجدول 11 - 12: طرق سراية الإيدز	
الجماع الجنسي	شرجي ومهبلي
إبر ملوثة	سرف الأدوية الوريدية، أذيات انغراز الإبر (نادرة جداً)
تلوث الدم ونواتجه	نقل الدم
إعطاء الأعضاء والنسج الملوثة	نقي عظم، غريسة عضوية
السراية العمودية من الأم للطفل	في الرحم، عند الولادة، حليب الأم

الملامح السريرية (الجدول 12 - 12) يكون الخمج الأوّلي لاأعراضياً عادة، ولكن حالما تترقى الحالة يزداد وضوح عوز المناعة من خلال حدوث أخماج شائعة راجعة، زيادة الأعراض البنيوية، وأخيرا ظهور الأخماج الانتهازية وحدوث أورام غير معتادة. وكل ذلك يقود لموت مبكر.

الخمج الحاد يحدث بعد 1 - 6 أسابيع من الخمج وهو لاأعراضي عادة. ربما حدث مرض يشبه النزلة الوافدة يترافق بحُمّى، ألم عضلي، ألم مفصلي، صداع، غثيان، ألم حلق، طفح، اعتلال عقدي لمفي عابر، وبشكل نادر التهاب السحايا والدماغ. تحدث فيما بعد فترة من الخمج اللاأعراضي ، ربما استمرت من عدة أشهر إلى عدة سنوات.

الاعتلال العقدي اللمفي المُعمَّم المستمر وجود عقد ذات قطر أكبر من 1 سم في موقعين خارج الأربية لمدة أكثر من 3 أشهر. لا شواهد على أية أعراض وعلامات للداء في ذلك الوقت عادة.

المُعقَّد المرتبط بمتلازمة عوز المناعة المكتسب عبارة عن داء أعراضي يترافق مع شواهد على وجود اضطرابات بنيوية وأخماج انتهازية طفيفة (الجدول 13 - 12). هذه المرحلة قريبة من المتلازمة بشكلها الكامل.

الجدول 12 - 12: الأعضاء المصابة في الإيدز	
الرئة	ذات الرئة بالمتكيسة الكارينية التدرُّن. نموذجي ولا نموذجي الحُمَة المضخمة للخلايا ذات الرئة الجرثومية. العقديات الرئوية . العنقوديات الذهبية . المستدمية النزلية الفطور. داء المبيضات الغازي التهاب الرئة الخلالي اللمفاوي غرن كابوزي الرئوي
السبيل المعدي المعوي	الحلقوم . داء المبيضات، حمة الحلأ البسيط، الطلوان Leucoplakia، غرن كابوزي.

الجدول 12 - 12: الأعضاء المصابة في الإيدز *(تابع)*	
	المعدة - التدرن، غرن كابوزي، خفيات الأبواغ. المعى الدقيق - خفيات الأبواغ، الجياردية، السلمونيلة، العطيفة. المعى الغليظ - حُمَة الحلأ البسيط، خفيات الأبواغ، الحُمَة المضخمة للخلايا، غرن كابوزي، لمفوم.
السبيل الكبدي الصفراوي	المتفطرة اللانموذجية، حُمَة الحلأ البسيط، داء النوسجات، داء المقوسات، خفيات الأبواغ.
الجلد	غرن كابوزي، لمفوم لاهدجكن، المتفطرة اللانموذجية، التهاب الجريب، التهاب الجلد الزهمي، الحلأ المنطقي، حُمَة الحلأ البسيط.
الجملة العصبية	اعتلال دماغي، التهاب النخاع المعترض، اعتلال عصبي محيطي، اعتلال نخاعي، خرف، اكتئاب، زوال النخاعين، التهاب الدماغ، التهاب الشبكية، آفة بؤرية داخل القحف، داء المقوسات، لمفوم. خراج: المستخفية، الرشاشية، المتفطرة، المبيضة.

الجدول 13 - 12: ملامح المعقد المرتبط بالإيدز
الأعراض: وسن، دعث، حُمى، تعرُّق ليلي، نقص الوزن > 10%، إسهال > 1 شهر.
العلامات: داء المبيضات الفموي/ الطلوان، سعفة، التهاب الجلد / إكزيمة، التهاب الجريب، النخالية المبرقشة، القوباء، الليساء المعدية، ثآليل، حلأ بسيط، حلأ منطقي، ضخامة الكبد والكحال، حمى مجهولة السبب > شهرين، اعتلال لمفي عقدي معمم مستمر.
الاستقصاءات: عزل حمة عوز المناعة المكتسب الإنسانية، إيجابية أضداد الحمة الإنسانية، قلة اللمفاويات، قلة الصفيحات، فقر الدم، ارتفاع سرعة التثفل، تعطُّل المستضدات الشائعة الثلاثة، انخفاض تعداد اللمفاويات CD4. حتى نضع تشخيص المعقد المرتبط بمتلازمة عوز المناعة المكتسب يجب أن يتوافر عند المريض، عرضان وعلامتان واستقصاءان إيجابيان.

متلازمة عوز المناعة المكتسب عبارة عن عوز مناعي شديد ناجم عن الخمج بحمة عوز المناعة المكتسب الإنسانية، بالإضافة لوجود دليل على حدوث أخماج انتهازية مهددة للحياة و/أو أورام غير اعتيادية. (ذات الرئة بالمتكيسة الكارينية، داء المقوسات المخي، الحمة المضخمة للخلايا، داء خفيات الأبواغ Cryptosporodiosis، لمفوم مخي، لمفوم لاهدجكن، الخمج بالمُتَفطِّرات، غرن كابوزي). من الشائع مصادفة مشاكل عصبية (اعتلال دماغي، اعتلال نخاعي، اعتلال عصبي، التهاب الدماغ، زوال النخاعين، التهاب الشبكية) والتي ربما وجدت في أكثر من 50% من الحالات.

الاستقصاءات • كشف الحُمة /المستضد الحموي: يستغرق وقتاً، وهو غال، وغير متوفر بشكل عام. • كشف الضد (اختبار ضد حمة عوز المناعة المكتسب الإنسانية): يحدث الانقلاب المصلي بعد شهرين من التعرض للحُمّة. تتضمن التقنيات: المقايسات المناعية الشعاعية الفعالة Elisa assays واختبار البقعة الغربية Western blot. (بقعة وسترن). • قلة اللمفاويات $< 1.5 \times 10^9$/ل . • انخفاض تعداد اللمفاويات التائية 4، T4 (CD4)، (اللمفاويات المساعدة/ المحرِّضة) $< 0.4 \times 10^9$/ل. • قلة الصفيحات. • فقر الدم. • ارتفاع سرعة التثفل. • ارتفاع مستوى IgA. • تعطل المستضدات الاسترجاعية الثلاثة. • انخفاض مستوى ضد الجزء P_{24} من حُمّة عوز المناعة المكتسب الإنسانية. • ارتفاع مستوى المستضد HIV P_{24} .

التدبير لا يوجد دواء مضاد للحمة ذو فعالية مُرضية حتى الآن، وجميع الأدوية المتوفرة حديثاً ذات تأثيرات جانبية سُمية مثل Zidovudine (AZT) و Didanosine (DDI) ، مضاهيء للحمض النووي التيميدين. يعمل عن طريق قطع انتساخ رنا الحُمة إلى دنا بتثبيطه لبوليمراز دنا الحُمة. يبلغ نصف عمر هذا الدواء ساعة واحدة، وهو قادر على اختراق الجملة العصبية المركزية. يُستقلب هذا الدواء في الكبد. تتضمن التأثيرات الجانبية، الغثيان، القياء، كبت نقي العظم، آلاماً عضلية. الـ (DDI)، تأثيراته الجانبية التهاب البنكرياس، اعتلال عصبي محيطي، إسهال. تتطور الأدوية المضادة لحُمة عوز المناعة المكتسب الإنسانية باستمرار. وقد تلعب دوراً في المستقبل (إنترفيرون غاما، ريبافارين Ribavalin، ديوكسي سيتيدين Deoxycytidine). إنتاج لقاح فعال ضد الحُمة ما زال في دور الإعداد. وتبقى الناحية الأكثر أهمية في ضبط حُمة عوز المناعة المكتسب الإنسانية هي تجنب عوامل الخطر الممكنة وتثقيف الناس وحضهم على استخدام التقنيات الجنسية الآمنة (الجدول 14 - 12).

الجدول 14 - 12 : الموجهات نحو ممارسة جنسية آمنة
تجنب الاتصال الجنسي السببي مع عدة شركاء.
تجنب الجماع الجنسي غير المحمي مع شركاء متبدلين (استخدام الرفال Condom).
تجنب الفعاليات العالية الخطورة ـ الجماع الشرجي، الممارسة التي تؤدي لسيلان الدم.
إجراء تقصيات عن الأمراض الزهرية في المجموعات العالية الخطورة، الومسات.

غرن كابوزي KAPOSI'S SARCOMA

الورم الأشيع في الإيدز، يُصادف في 25% من الحالات. وربما أصاب أي عضو، رغم كون إصابة الجملة العصبية المركزية نادرة. يكون هذا الورم متعدد البؤر عند التظاهر وموضعي الغزو.

الملامح السريرية يصيب الجلد بشكل شائع، حيث يتظاهر على شكل آفة ثابتة، لا إيلام فيها، غير حاكة، ذات لون أرجواني في الجلد أو النسج تحت الجلد. وربما شُخّصت في البداية خطأ على أنها كدمة.

الاستقصاءات • تظهر الخزعة وجود خلايا مغزلية الشكل، وفلوح (جمع فَلْح) Clefts داخل الخلايا، وكريات دموية حمر مُتسرِّبة.

التدبير نتائجه غير مُرضية. والمعالجة الموضعية بالأشعة مفيدة. ربما كانت هناك حاجة للمعالجة الكيماوية: الفا - إنترفيرون او فينبلاستين Vinblastine وبليوميسين Bleomycine في الحالات للترقية بسرعة، ولكن هذا قد يُحرِّض تطور اخماج انتهازية.

ذات الرئة بالمتكيِّسة الكارينية PNEUMOCYSTIS CARINII PNEUMONIA

الخمج الانتهازي المهدد للحياة والأشيع في الإيدز، والذي يصادف كملمح (كعرض) في 50% من الحالات. تنجم ذات الرئة هذه عن الخمج بحيوان "أوالي" (وحيد الخلية) Protozoan.

الملامح السريرية انقطاع في النفس يزداد تدريجياً (ربما خلال شهور)، حُمّى، وسن، انزعاج صدري خلف القص، سعال (يسوء عند الشهيق)، تعرُّق ليلي، تسرُّع القلب، تسرع التنفس، زراق أحياناً، ربما أظهر تسمُّع الصدر وجود قراقع خفيفة.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة: تظهر، وبشكل نموذجي، وجود ظلال خلالية منتشرة حول النقير وبالجانبين، تَعفُ هذه الظلال عن محيط الرئتين إلى أن يتقدَّم المرض. • تحليل غازات الدم الشرياني: يظهر وجود نقص التأكسج، وغالباً نقص الكربمية. يحدث نقص التأكسج بشكل ملحوظ بعد الجهد (باستخدام مقياس التأكسج الإصبعي). • يعتبر انخفاض KCO ووجود شذوذات عند التفرُّس بالغاليوم ملامح باكرة. • يفيد تحريض التقشُّع باستخدام محلول ملحي مفرط التوتر. • قد نحتاج لتنظير القصبات المترافق مع غسل القصبات والأسناخ، وكذلك أخذ خزعات عبر القصبة لإثبات التشخيص، ولنفي وجود أخماج انتهازية أخرى.

التدبير إعطاء جرعات عالية من الكوتريمكسازول 120 مغ/كغ 4 مرات يومياً. يجب إعطاء الدواء وريدياً في البداية ثم اتباع ذلك بإعطاء مستحضرات فموية منه. التأثيرات الجانبية شائعة وتتضمن: طفحاً، حمّى، كبت نقي العظم (استخدام إضافات من حمض فولينيك Folinic). نعطي الستيرونيدات في الحالات الشديدة مثل 60 prednisolon مغ/يوم
يمكن استخدام بنتاميدين Pentamidine كدواء بديل، وذلك بجرعة 4 مغ/كغ/يوم (تسريب وريدي بطيء أو عبر مرذة)، ويحدث هذا الدواء غالباً نقصَ سكر الدم ونقص الضغط. ربما كان تريميتوبريم مع الدابسون فعالاً عند عدم تحمل المريض للدوائين الأولين. يمكن اتقاء الإصابة باخماج اخرى باستخدام كوتريمكسازول 960 مرتين اسبوعياً او استخدام نيبالبزيد بنتاميدين إرذاذاً 300 مغ مرة واحدة كل شهر (عبر جهاز من نمط مايزر Mizer). يمكن التقليل من التشنج القصبي باستخدام السالبوتامول إرذاذاً قبل البنتاميدين.

وهي حيوانات أوالية قد تحدث إسهالاً، سوء امتصاص، نقص الوزن، حُمّى، ألماً بطنياً.

الاستقصاءات • زرع البراز (خلايا بيضية Oocytes). • خزعة المعى الدقيق والتي نستطيع من خلالها، أيضاً، نفي الأسباب الأخرى للإسهال (السلمونيلة، المتفطرة، الجياردية، العطيفة).

التدبير يكون بإعطاء سبيراميسين Spiramycine 1غ كل 6 ساعات، أو Paramomycin بالمشاركة مع عوامل مضادة للإسهال (كودئين، لوبيراميد) مع تأمين إماهة كافية.

التهاب الإحليل اللانوعي NON-SPECIFIC URETHRITIS

تعرف أيضاً بالتهابات الإحليل غير الناجمة عن المكورات البنية. وهي أكثر الأمراض المنقولة بالجنس شيوعاً في المملكة المتحدة. فترة الحضانة 7 - 21 يوماً. هذا وتعتبر المتدثرة الحثرية Chlamydia trachomatis مسؤولة عن معظم الحالات، لكنها قد تنجم عن البولانية الحالة لليوريا Ureaplasma urealyticum، المشعرة المهبلية، حُمة الحلأ البسيط، المبيضة. قد تتعزز الإصابة بالكرب أو شرب الكحول أو التغيير المتكرر للشريك الجنسي.

اللامح السريرية البداية مخاتلة، حيث يحدث انزعاج خفيف فقط (عكس التهاب الإحليل بالمكورات البنية حيث البداية مفاجئة بحدوث عسر البول).

الاستقصاءات • بنفي الخمج بالمكورات البنية.

التدبير إعطاء التتراسيكلين 500 مغ 4 مرات/يوم لمدة 5 أيام لكل من الشريكين.

الإفرنجي (السفلس) SYPHILIS

خمج مجموعي ناجم عن الملتوية Spirochaete التي تدعى اللولبية الشاحبة Treponema Pallidum. فترة الحضانة 10 - 90 يوماً. تبلغ الفترة الزمنية التي تفصل الإفرنجي الباكر عن المتأخر سنتين. انظر للتصنيف الجدول (15 - 12).

الجدول 15 - 12: تصنيف الخمج بالإفرنجي		
ولادي		
مكتسب	باكر	أولي
		ثانوي
		كامن
	متأخر	كامن
		ثالثي
		رابعي

الملامح السريرية

الإفرنجي الأولي: حطاطة صغيرة، تتقرح لتعطي قرحة صغيرة غير مؤلمة في موضع الخمج (القرح Chancre) يخرج من هذه القرحة نتحة مصلية خامجة بشدة. يحدث اعتلال لمفي عقدي ناحي مطاطي غير مؤلم القوام.

الإفرنجي الثانوي: يبدأ بعد 1 - 4 أشهر من التئام القرح الأولي. حيث يصادف طفح بُقعي معمم، غير حاك (ربما أصاب الراحتين والأخمصين)، كما يتطور لقموم مسطح Condylomata lata حطاطي في المناطق الرطبة (حول الشرج مثلاً)، واعتلال لمفي عقدي معمم غير مؤلم، وتقرُّح سطحي في الأغشية المخاطية (قرحات "آثار الحلزون")، وحُمّى، والتهاب مفاصل، والتهاب العنبية الأمامية، وقد تحدث ضخامة الكبد والطحال والتهاب السحايا. هذا ويمكن للمرض أن يدخل مرحلة كامنة ربما استمرت عدة سنوات.

الإفرنجي الثالثي: خمج مزمن، قد يظهر بعد 30 سنة من المرحلة الأولية ويتضمن تشكل صمغة Gumma الإفرنجي في العظام والجلد والنسج تحت الجلد. قد يترقى المرض أخيرا للمرحلة الرابعة.

المرحلة الرابعة (الإفرنجي الرابعي): الأجهزة الرئيسية المصابة هي الجهاز القلبي الوعائي والجملة العصبية (توسع الأبهر، لا كفاية الصمام الأبهري، التابس الظهري، حدقتا أرجيل روبرتسون - وهما حدقتان صغيرتان، لا منتظمتان، لا متساويتان، لا تتفاعلان للضوء، ولكن تستجيبان للتقارب، كما وتبديان استجابة ضعيفة لموسعات الحدقة - الشلل العام والإفرنجي السحائي الوعائي). ملامح الإفرنجي العصبي ناجمة إما عن التهاب بطانة الشريان المسد أو عن تشكل صمغة موضعية. قد يؤدي الإفرنجي الولادي لإجهاض عفوي، جنينَ مليص Still birth أو شذوذات جنينية، فشل النمو، طفح، التهاب القزحية، إصابة العظام والأسنان، صمم العصب الثامن، تابس، شلل، موت مبكر.

التشخيص التفريقي الحلأ البسيط، تقرح تناسلي رضحي، اندفاع دوائي، الحزاز المسطح، الثآليل الحموية، كثرة الوحيدات الخمجية، الإيدز، اللقموم المؤنف C. acuminata، الداء العُلّيقي Yaws.

الاستقصاءات • يمكن إثبات وجود اللولبية الشاحبة بالاستجهار المظلم الأرضية للمصل المأخوذ من القرح الأوّلي أو اللطخ المخاطية الثانوية. • تكون الاختبارات المصلية إيجابية بعد شهر واحد من الخمج. VDRL "فدرل" هو اختبار لا نوعي، وربما كانت إيجابيته كاذبة في كثرة الوحيدات الخمجية، والذأب الحمامي، والبرداء والجذام. كما إنّه ربما كان سلبياً أيضاً في الإفرنجي الثالثي والرابعي. اختبارا TPHA (مقايسة الراصة الدموية اللولبية الشاحبة) أو FTA (اختبار الضد اللولبي المتألق) هما أكثر حساسية ونوعية، ويمكن أن يُجريا على الدم أو السائل النخاعي. اختبار إليزا ELISA المستخدم لأضداد IgG للولبية متيسر حاليا، وهو حساس ونوعي، حيث تعتبر المعايرات < 0.9 سلبية، بينما تعتبر القيم 0.9 - 1.1 ملتبسة، والقيم > 1.1 إيجابية.

يظهر السائل النخاعي في الإفرنجي العصبي وجود ارتفاع في البروتين (الجزء غاما غلوبلين منه) وكثرة اللمفاويات وإيجابية المصليات.

التدبير **إعطاء البنسلين (بروكائين بنسلين الطويل التأثير بجرعة 600 مغ/يوم عضلياً لمدة 10- 12 يوماً في الأوّلي، 14 - 15 يوماً في الثانوي والثالثي وفي الحالات الكامنة، و12 يوماً في الرابعي). ربما حدث تفاعل جاريش- هركسهايمر بعد 126 ساعة من زرقة البنسلين الأولى، وهو عبارة عن عارضة حمية ناجمة عن تحرر ذيفان داخلي من الملتويات الميتة. يمكن، وفي حالات الأرجية للبنسلين، إعطاء التتراسيكلين 500 مغ/يوم لأكثر من 28 يوماً. يجب القيام بتعقب وثيق لحالات الإفرنجي.**

السيلان GONORRHOEA

ناجم عن النيسيريّة البنية، وهي مكورة مزدوجة داخل خلوية سلبية الغرام فترة الحضانة 2 - 10 أيام.

الملامح السريرية التهاب إحليل مترافق بعسر البول ونجيج مخاطي قيحي Discharge (ربما كان لا أعراضيا في 50% من النساء)، والتهاب الموثة، والتهاب النفيرين، وداء حوضي التهابي وطفح بثري/ حُمامي على الأطراف، والتهاب المفاصل، وفي حالات نادرة التهاب الشغاف والتهاب السحايا. قد يحدث التهاب البلعوم أو التهاب المستقيم عند الذكور الجنوسيين.

التشخيص التفريقي خمج المتدثرة الحثرية، خمج البولانية الحالة لليوريا Ureaplasma urealyticus، داء رايتر، داء المبيضات.

الاستقصاءات • صبغ الضائعات بصبغة غرام وزرعه، زرع الدم، رشف المفصل.

التدبير

Ampicillin 2غ + probenecid 1غ فموياً او ciprofloxacin 250 مغ إذا كان هناك أرجية تجاه البنسلين.

الحوامل نعطيهن erythromycin 500 مغ/4 مرات باليوم لمدة 7 ايام.

لخمج البلعومي نعالجة بـ ciprofloxucin 250 مغ مرتين باليوم او ampicillin 250 مغ/اربع مرات باليوم لمدة 5 ايام.

13

الأمراض الجلدية
Dermatology

الخراج: تجمع القيح في جوف > 1 سم قطراً.

الوذمة الوعائية (العرقية) Angioederma: وذمة منتشرة تمتد للنسيج تحت الجلد

الحلقي Annular: تشبه الخاتم.

المقوس Arcuate: منحني.

الضمور Atrophy: ترقق ناجم عن تناقص كل طبقات الجلد وطبقة الشحم تحت الجلد.

الفقاعة Bulla: ارتفاع جلدي دائري ذو قطر > 0.5 سم وحاوٍ على سائل.

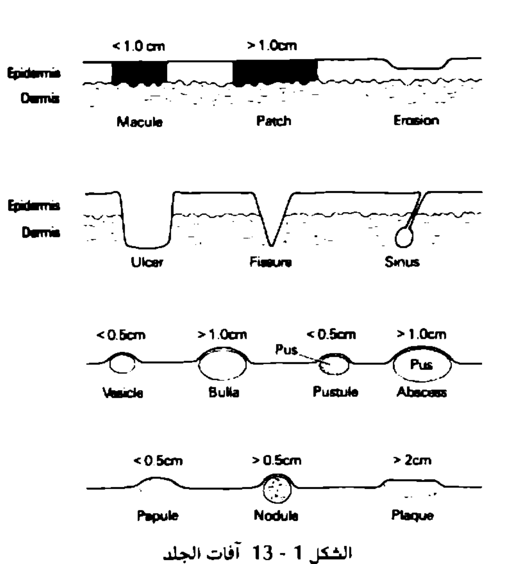
التحلّق Circinate: دائري.

الزؤان Comedo: سدادة من القرنين والزُهم متوضعة بشكل إسفيني في فوهة زهمية شعرية متوسعة. الزؤانات المفتوحة ذات رؤوس سوداء.

الخلة Crust: ركام مؤلفة من دم جاف أو سائل نسيجي.

الكيسة Cyst: جوف مبطن بظهارة يحوي على مادة سائلة أو نصف جامدة.

قرصاوي Discoid: يشبه القرص.



الشكل 1 - 13 آفات الجلد

التآكل Erosion: باحة من الجلد مُعراة بفقدان كامل أو جزئي للبشرة.

الحُمامى Erythema: باحة من الجلد المُحمر يبيض عند الضغط.

التسحج Excoriation: تقرُّح أو تآكل خطي ناجم عن الخدش بالأظافر.

الشق Fissure: فَلْعة في الجلد.

التلفيف Gyrate: يشبه الموجة.

الورم الدموي Haematoma: تورم ناجم عن نزف عياني في الأدمة أو البُنى العميقة.

ظاهرة كوبنر Koebner phenomenon: حدوث آفات جلدية (مثل الصداف) في مواضع رضوح الجلد.

التحزُّز Lichenification: جلد متثخن مع خطوط جلدية متضخمة.

البُقعة Macule: منطقة صغيرة مسطحة متغيرة اللون أو < 1 سم.

العقيدة Nodule: كتلة صلبة محسوسة في الجلد ذات قطر، 0.5 سم.

درهمي Nummular: يشبه الدائرة أو قطعة النقود.

الورم الحليمي (الحليموم) Papilloma: كتلة تشبه الحلمة تنتأ من الجلد.

الحطاطة Papule: ارتفاع صلب صغير في الجلد ذو قطر > 0.5 سم.

اللطخة Patch: بقعة > 1سم قطراً.

الحَبَر Petechiae: بقع من الدم بحجم رأس الدبوس في الجلد.

اللويحة Plaque: منطقة مرتفعة من الجلد ذات قطر > 2 سم ولكن دون أي عُمق.

تبكُّل الجلد Poikiloderma: اجتماع ضمور، وتصبُّغ شبكي وتوسع الشُعيرات.

الفرفرية Purpura: بقعة أو حطاطة كبيرة من الدم في الجلد، والتي لا تبيض بالضغط.

البثرة Pustule: تجمع مرئي للقيح في الجلد.

شبكي *الشكل وشبكي* Retiform , reticular: يشبه الشبكة.

وَسَف Scale: رقائق تنشأ من الطبقة القرنية.

الندبة Scar: استبدال دائم لبُنى الجلد السوية بنسيج ليفي نتيجة الالتئام.

الجيب Sinus: جوف أو قناة تسمح بمرور القيح أو السوائل.

السُطور Stria: آفات تشبه الخيوط، خطية، ضمورية، وردية، أو أرجوانية أو بيضاء اللون ناجمة عن تغيرات في النسيج الضام.

توسُّع الشعيريات Telangiectasia: توسُّع مرئي للأوعية الدموية الجلدية.

الورم Tumour: ضخامة في النُسُج، ناجمة عن مواد أو خلايا سوية أو مرضية، والتي تُشكل كتلة ذات قطر > 1 سم عادة.

القرحة Ulcer: باحة من الجلد، والتي حدث فيها ضياع في كامل البشرة أو على الأقل الجزء العلوي من الأدمة.

الحويصل Vesicle: ارتفاع دائري في الجلد بقطر < 0.5 سم حاو على سائل.

الانتبار Weal: منطقة مرتفعة بيضاء قابلة للانضغاط سريعة الزوال ناجمة عن وجود وذمة في الأدمة محاطة عادة بتوهج محمر.

الصداف PSORIASIS

مرض جلدي حطاطي - وسفي متردد، ناكس مزمن. يصيب كلا الجنسين بالتساوي، ربما ظهر في أي عمر، يصيب أي جزء من الجلد، يبلغ وقوع الصُداف 1 - 2% تقريبا عند شعوب القوقاز.

اللامح السريرية آفات حمامية وسفية، تصيب بشكل شائع السطوح الباسطة للركبة، والمرفق وكذلك الفروة. تكون كل آفة مرتفعة، محسوسة، مُغطاة بوسوف بيضاء رمادية. إذا حُكّت هذه الآفات تحدث نزوف بحجم رأس الدبوس، ناجمة عن الشعيريات السطحية المتوسعة (علامة أوسبيتز Auspitz's).

الأشكال المختلفة

الصداف المنقط Guttate: شائع عند الأطفال وهو عبارة عن آفات صغيرة متعددة تظهر على الجذع بشكل رئيسي.

الصداف المثيّ Seberrhoeic: آفات تقليدية في الفروة تترافق مع آفات في المناطق الإربيّة، والإبطية، وتحت الثديين.

صداف الجلد الحمامي (الاحمراري) Erythrodermic: احمرار منتشر يؤدي لفقد التنظيم الحروري وقصور قلب عالي النتاج.

الصُداف البثري Pustular: بثور عقيمة متشكلة على الحواف المتقدمة للآفات الصدافية.

ربما كان لا أعراضياً أو حاكّاً. يسير بشكل مزمن عادة. إصابة الأظفار شائعة: وهدات، حروف، انفكاك ظفري، فرط تقرُّن تحت الظفر، زوال اللون. ربما وجد اعتلال مفصلي صدافي مشوه سلبي المصل والذي يصيب المفاصل ما بين السلاميات القاصية والمفصل العجزي الحرقفي. تُصادف نسبة الوقوع العالية لاعتلال المفاصل عند المرضى المصابين بتغيرات في الأظفار. ربما كانت أشعار الفروة أقل كثافة.

التشخيص التفريقي داء رايتر Reiter، الحزاز المسطح، النخالية الوردية، التهاب الجلد المثيّ، النخالية الحمراء الشعرية Pityriasis rubra pilaris.

الاستقصاءات • التشخيص سريري. • أخذ خزعة جلدية في حال الشك.

التدبير

الوضعي: مستحضرات القطران الفحمي > 10 - 20%.(مرهم او معجون أو دهون) كعوامل مضادة للانقسام +/- حمض الساليسيليك (الصفصاف) كعامل حال للقرنين. هذه المستحضرات ذات لون رمادي او اسود. وتميل لتلطيخ الثياب والفراش. وهي غير ملائمة للاستخدام على الفروة او الوجه. هذا ويمكن استخدام الانثرالين Anthralin او الدثرانول Dithranol بشكل بديل لانها أكثر قبولاً من القطران من الناحية الجمالية. تعالج افات الفروة بشكل شائع باستخدام مستحضرات حمض الساليسيليك (2 - 20%)، الزيوت الخفيفة (زيت الزيتون) او مستحضرات الشامبو الحاوية على القطران. مضاهئات فيتامين D مثل calcipotriol قد تكون فعالة.

الأشعة فوق البنفسجية: لقد توطد استخدامها بشكل شائع في الوقت الحالي بالمشاركة مع البسورالين المجموعي Psoralen (PUVA) في معالجة المرض المنتشر. ولكن ما زال الاهتمام منصباً على التأثيرات الجانبية طويلة الأمد. (مثل خباثة الجلد).

الأدوية السامة للخلايا: ربما استطب استخدام الميتوتركسات أو سيكلوسبورين يوريا بكميات صغيرة عند المرضى المصابين بشدة والذين يراجعون عيادات طب الجلد.

الستيرويدات الموضعية: ما زال استخدامها مثار جدل. مع الإشارة لكون الاستجابة قصيرة الأمد وكون المرض غير مستقر غالباً في حال توقف تطبيق هذه الستيرويدات.

يُعتبر الكبت المحتمل للمحور النخامي - الأدريناليني من المساوىء الأخرى للستيرويدات. تدبير كل من تغيرات الأظفار واعتلال المفصل الصدافي غير مُرضٍ لدرجة كبيرة.

الريتينويدات Retinoids، وهي مضاهئات لفيتامين A، والتي تظهر باستمرار بشائر النجاح في استخدامها في الحالات الشديدة. ولكن ربما شكّلت التأثيرات الجانبية حجر عثرة في استخدامها والتي تتضمن: فرط الكولسترولية، شذوذات اختبارات وظائف الكبد، تعظم الأربطة حول العمود الفقري، متلازمة DISH (فرط التعظم الهيكلي الخلالي المنتشر)، الإمساخ. ربما كان تكرير هذه العوامل، والذي يمكن ان يتم بمشاركة معالجة ملطفة (كما في المشاركة مع الأشعة فوق البنفسجية مع البسورالين PUVA) ناجحاً.

الحزاز المسطح LICHEN PLANUS

حالة غير معروفة السببيات، تمتاز بحطاطات مسطحة مؤنفة حاكة بشدة، تشاهد بشكل شائع جداً على الوجه الداخلي للمرفق والمعصم. تُصاب الأغشية المخاطية عادة، ولكن يحدث انصراف (زوال) عفوي فيها غالباً.

الملامح السريرية حطاطات حمراء أو أرجوانية لمّاعة حاكة بشدة.

ربما كانت الآفات المتوضعة داخل الفم أو على الأعضاء التناسلية لاأعراضية. تصبح الآفات الجلدية بنفسجية بمرور الوقت، وتتطور شبكة بيضاء رفيعة على سطوحها (خطوط فيكهام Wickham's Straie). وكما في الصداف يُعتبر ظهور آفات حديثة في مواضع الرضح (ظاهرة كوبنر) ملمحاً للمرض الفعال.

التشخيص التفريقي التشخيص واضح للعيان عادة. صُداف، التهاب الجلد التماسي، طفح مُحدَث دوائيا.

الاستقصاءات • التشخيص سريري. • هناك حاجة للخزعة أحياناً.

التدبير مضادات الهستامين المجموعية، منتول 1 - 2% في دهون الكالامين، ربما كانت هناك حاجة لمستحضرات خفيفة من القطران الفحمي أو الستيرويدات للوضعية لمجابهة الحكة الشديدة. وربما كانت هناك حاجة للستيرويدات داخل الأدمة، أو حتى المجموعية، في الحالات الشديدة. ربما كان فيتامين أ (حمض الريتينويك) أو الريتينويدات الصنعية الحديثة مفيدة.

النخالية الوردية PITYRIASIS ROSEA

اضطراب محدود ذاتياً، يمتاز بتطور بُقع حمامية لاأعراضية على الجذع. يزداد وقوعها في فصلي الخريف والربيع، ربما بسبب الخمج بالحُمّات.

اللامح السريرية اللطخة المنذرة: بقعة حُمامية معزولة على الجذع مع طوق محيط من الوسوف الرقيقة، يتبعها تطور بُقعٍ بيضوية على الجذع (توزع "شجرة عيد الميلاد")، الفخذين، والذراعين. الآفات الحاكة نادرة، وتهدأ عفويا في غضون 4 - 8 أسابيع عادة.

التشخيص التفريقي طفح دوائي، النخالية المبرقشة، الإفرنجي الثانوي، الصداف المنقط Guttate.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة. • الحاجة للخزعة نادرة.

التدبير طمأنة للريض على أن للرض محدود ذاتياً. مضادات حكة موضعية (مثل للنتول 1 - 2 % في الكالامين او في كريم مائي). لا تستطب الستيرويدات القشرية للوضعية او المجموعية عادة.

الإكزيمة (أو التهاب الجلد Dermatitis) ECZEMA

اضطراب جلدي مُتردّد مزمن حاك، ربما نجم عن عوامل وراثية أو بيئية متباينة.
خارجية المنشأ: مُهيّجات، تماس أرجي، التهاب الجلد الضوئي.
داخلية المنشأ: تأتبية (بنيوية)، مثّية، قرصاوية (درهمية)، فقاعية تجاذبية (ركودي).
غير مُصنّف: اللازهمي، جُلاد عصبي (التهاب الجلد العصبي)، جُلاد أحمصي شبابي.

الملامح السريرية يمكن تقسيمها إلى أطوار حادة، تحت حادة، مزمنة. يمكن أن تتصاحب الأطوار السابقة بنفس الوقت.

الجلد: احمرار وتورُّم، مع حافة غير واضحة الحدود. ربما وجدت حطاطات، حويصلات، نفطات كبيرة، جُلبات، كتوبية الجلد البيضاء، توسف.

تحت الحاد: وجود حُمامات وجُلبات، غير مترافقة مع النضحة والوذمة الشديدة المميزة للتفاعلات الحادة.

المزمن: الحويصلات والنـــز أقل، والتوسف أكثر والآفات مصطبغة وسميكة، وأكثر ميلاً للتحزز وتحتوي على شقوق. يترافق الربو والتهاب الأنف مع الشكل التأتُّبي غالباً.

التشخيص التفريقي الصُداف، أخماج فطرية، الجرب، الحزاز المُسطَّح، الوذمة الوعائية، النخالية الوردية، تفاعلات دوائية، قمل الرأس.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة.

• التأتُّبي: اختبار اللطخة، مستويات IgE في المصل، اكتشاف وجود مستضدات نوعية (اختبار السوربنت الأرجي المُشع: RAST).

• *التماسّي:* البحث عن أي مستضد مُحسِّس محتمل (اختبار اللطخة عند الضرورة). ربما كانت هناك حاجة للخزعة. نفي الأخماج الفطرية بزرع السحجات.

التدبير

الحاد: تطبيق ضمادات رطبة مُشربة بالإكتامول Ichthamol 1% في دهون الكالامين او في محلول برمنغات البوتاسيوم بنسبة 1:8000 على للواقع النازة. يتبع كل نقع بطبقة من كريم او دهون من الستيرويدات القشرية. تنقص للستحضرات الحاوية على القطران او الإكتامول وللطبقة فوق الستيرويدات من كمية الستيرويدات للطلوبة. يمكن استعمال مضادات الهستامين الجهازية لضبط الحكة.

تحت الحاد: كريم او دهون الستيرويد (تعتمد الجرعة على شدة الهجمة).

للزمن: تطبيق ستيرويد على شكل مرهم، او كريم الإكتامول والزنك. إعطاء للطريات لمعالجة الجلد الجاف للرافق (مثل اويلاتم Oilatum). تجنب استخدام الصوابين للعطرة. يمكن ضبط الخمج الإضافي بالجراثيم غالباً بإدخال الصادات (مثل نيوميسين) او المطهرات (مثل فيوفورم Vioform) مع الستيرويد. ربما كانت هناك حاجة لإعطاء شوط قصير من الستيرويدات القشرية المجموعية في الهجمات الشديدة. تجنب للستضدات للفاقمة قدر الإمكان.

المضاعفات معدلات وقوع عالية من الثآليل والأخماج الفطرية في الشكل التأتُّبي. تتطور أخماج حموية واسعة الانتشار أحياناً (مثل الحلأ البسيط أو الطفح الوقسي "جدري البقر" الحماقي الشكل لكابوزي). ربما ضاعت فترة من وقت العمل، وربما كانت هناك حاجة لتغيير طبيعة العمل.

اضطراب يمتاز بوجود زؤانات، حطاطات، بثور متمركزة حول الجربيات الشعرية الزهمية. يصيب معظم الأشخاص في سن العشرين، والسن المعتاد لبداية حدوث هذا الاضطراب هو بين 12 - 14 سنة. يُنبِّه الأندروجين إفراز الزُهْم. ربما كانت العوامل الوراثية ذات أهمية. دور الوتدية العُدِّية Corynebacterium acnes غير مُحدَّد.

الملامح السريرية زؤانات، حطاطات، بثور على الجبهة، الأنف، الذقن، أعلى الصدر والظهر. ربما أصيب كامل الوجه في الحالات الشديدة، وربما التأمت الآفات مُخلِّفة ندبات. يكون الجلد ذا طبيعة دهنية عادة.

الأشكال المختلفة:

المداري Tropical: يصيب القوقازيين الشباب المعرضين لبيئة رطبة حارة.

الستيرويدي: يصيب المرضى المعالجين بالستيرويدات المجموعية.

الكيماوي: نتيجة التماس مع زيوت القطع Cutting أو الهدروكربونيات المُكَلْورة.

الطفلي Infantile: نادر، يجب نفي الورم المفرز للأندروجين.

التشخيص التفريقي طفح دوائي (التداوي بمضادات الصرع ومضادات التدرن)، العد الوردي والتهاب الجريبات المُقيِّح.

الاستقصاءات • التشخيص سريري.

التدبير

الموضعي: تنظيف منتظم بالماء والصابون، أو استخدام منظفات مضادة للجراثيم (مثل كلورهيكسيدين)، بيروكسيد البنزويل (البداية بمحلول 2.5%). معاجين ساحجة، صادات موضعية (مثل تتراسيكلين، كليندامايسين)، مستحضرات الكبريت، محاليل كحولية من كلور الألمنيوم، التغطية المُزوِّقة (تغطية الآفات بشكل تجميلي).

المجموعي: صادات (مثل تتراسيكلين 250 مغ 4 مرات يومياً لمدة 4 اشهر على الأقل، والتي ربما كانت هناك حاجة له لمدة 1 او 2 سنة) مع الإشارة لضرورة تجنبه اثناء الحمل. ربما ادى التتراسيكلين لاصطباغ الأسنان ولنقص تنسجها عند الأطفال. ربما كانت للعالجة الهرمونية بأقراص حاوية على كل من مضادات الأندروجين/ الإستروجين (2 مغ سيبروتيرون أسيتات Cyproterone و 0.035 مغ ايتينيل إستراديول) مفيدة عند النساء فقط.

تثبط الريتينويدات Retinoids (مثل 13 ـ سيس ـ حمض الريتينويك) من إفراغ الزهم ومن نمو الوتدية العدية. كما وتثبط العمليات الالتهابية الحادة ولكن يتم الاحتفاظ بها وإعطاؤها في الحالات الشديدة والمقاومة. قليلة هي الشواهد التي تدعم النظرية القائلة بفائدة تجنب أطعمة معينة (مثل الشوكولا).

الفيزيائي، التشعيع بالموجات فوق البنفسجية B. الاستئصال الموضعي للكيسات، زرق الستيرويدات داخل الآفات، سَتفرة الجلد Dermabrasion أو زرق للغراء.

العد الوردي ROSACEA

عبارة عن تشارك حُمامى وجهية مع توهج وملامح عُدية الشكل عند البالغين.

الملامح السريرية من الشائع إصابة الخدّين، الأنف، مركز الجبهة، الذقن ويعف عن باحات حول الحجاج وحول الفم. يحدث توهج مُتقطع، يتبعه حمامى ثابتة وتوسع الشعيريات. يُصادف وجود حطاطات، بثور، عقيدات، ولكن لا يُصادف زؤانات أو مث. ربما حدثت فيمة الأنف Rhinophyma أو وذمة لمفية. حدوث المضاعفات العينية أمر وارد (مثل التهاب الجفن، التهاب الملتحمة، التهاب القرنية، تقرُّح القرنية).

الاستقصاءات • التشخيص سريري.

التدبير الصادات المجموعية (مثل التترسيكلين 250 مغ مرتين يومياً لمدة 3 - 6 اشهر) هي حجر الأساس في المعالجة. بينما تكون فائدة العوامل الموضعية موضع شك (مثل الكبريت 2% أو إكتامول 2%). يجب تجنب تطبيق الستيرويدات للوضعية خشية حدوث هجمات توهج ارتدادية. قد تحتاج فيمة الأنف الشديدة للجراحة.

الفُقاع PEMPHIGUS

مجموعة من الحالات تمتاز بتشكل نفطات Blisters في البشرة. هناك أضداد موجهة ضد المادة داخل الخلايا في البشرة. يحدث انحلال للأشواك، وهي عملية تفقد فيها الخلايا المُتقرنة جسورها السوية الواقعة بين الخلايا.
الأنماط المختلفة الشائع، الورقي، النابت، الحمامي.

الملامح السريرية قرحات فموية وتناسلية مؤلمة يتبعها نفاطات جلدية هشة.

سريريا يمكن أن يظهر الجلد السليم علامة نيكولسكي - عندما يطبق ضغط جانبي على سطح الجلد بواسطة الإبهام فإن البشرة تتزلق على الأدمة المتوضعة تحتها.

الاستقصاءات • خزعة جلدية (التألق المناعي): نشاهد IgG وعنصر المتممة 3 (C_3) مرتبطين في باحة داخل خلوية في البشرة. • أضداد دورانية IgG داخل الخلايا.

التدبير إعطاء الستيرويدات المجموعية (ربما كانت هناك حاجة لـ 60 - 100مغ/يوم بشكل اولي. ثم تنقص الجرعة ببطء حتى الوصول لجرعة صيانة يمكن احتمالها طوال العمر). ربما كانت كابتات المناعة غير الستيرويدية (مثل ازاثيوبربن او سيكلوفسفاميد) او فصادة الصورة مفيدة. تكون المعالجة الوضعية أعراضية لحماية الجلد الرقيق ومنع حدوث الخمج (مثل الأسرّة للتموجة).

الفقاعاني الفقاعي BULLOUS PEMPHIGOID

اضطراب نفاطي مزمن، يمتاز بوجود نفاطات كبيرة سميكة على قاعدة حُمامية. وقوعه أشيع من الفقاع في المملكة المتحدة، ربما ترافق مع حدوث خباثة. تكون البثرة تحت البشرة، ولهذا السبب تكون مرنة نسبياً، وربما بقيت سليمة عدة أيام.

اللامح السريرية نفطات حاكة ذات قاعدة إكزيمية مُتوضعة على الذراعين والفخذين. الآفات الفموية أقل شيوعاً مما هو عليه الحال في الفقاع.

الاستقصاءات • خزعة جلدية (التألق المناعي، ارتباط خطّي للـــ IgG و C_3 على طول المنطقة الإكزيمية بين البشرة والأدمة). • أضداد IgG دورانية.

للتدبير إعطاء الستيرويدات المجموعية (البدء ب 60 - 100 مغ/يوم. ولكن يمكن تخفيض الجرعة ببطء ثم إيقافها في النهاية). يمكن للدابسون ايضاً ان يكون معالجة وحيدة او إضافية شديدة الفعالية. كما ان الـ Azathiprine يعد ذو تاثير غير ستيرونيدي مفيد.

التهاب الجلد الحلئي الشكل DERMATITIS HERPETIFORMIS

حالة نفاطية حاكّة بشدة، تترافق مع اعتلال معوي حسّاس للغلوتين. الإصابة متساوية عند الجنسين. النفطات تحت البشرة، لكنها أصغر حجماً من مثيلاتها في الداء الفقاعاني. يوجد تراص للكريات البيض في قمم الحليمات الأدمية (خراجات صغرية). لم يتم اكتشاف أضداد دورانية للجلد حتى الآن.

اللامح السريرية حكة حارقة شديدة في المواضع المصابة (مثل الفروة، الكتفين، الأليتين، المرفقين). تتسحج النفاطات الصغيرة بسرعة تاركة آفات طرية. لا يوجد أي دليل على وجود سوء امتصاص عند معظم المرضى، ولكن لا بد من إجراء خزعة صائمية وإثبات وجود ضمور زغابي.

الاستقصاءات • خزعة جلدية مأخوذة من الجلد المحيط غير المصاب (التألق المناعي - ترسبات حبيبية من IgA و C3 في الحليمات الأدمية وفي الأدمة السطحية).
• خزعة صائمية. • أضداد لغلاف الألياف العضلية Endomysium.

التدبير قوت خال من الغلوتين. إعطاء الدابسون أو السلفابيريدين (يمكن لكليهما إحداث طفح، فقر دم انحلالي، نقص البيض، وجود للميتهيموغلوبين في الدم، اعتلال عصبي محيطي).

الحمامى العديدة الأشكال ERYTHEMA MULTIFORME

اضطراب حُمامي يمتاز بوجود آفاتٍ هدفية حلقية، والتي ربما تطورت داخل النفاطات. السببيات غير معروفة غالباً (50%) لكنها ربما كانت ثانوية لأخماج حموية (مثل الحلأ البسيط أو جدري الغنم)، فطرية، طفيلية، جرثومية (المفطورة الرئوية)، أو أدوية، أو حمل، أو خباثة.

الملامح السريرية وجود أعراض خمج السبيل التنفسي العلوي والتي تتبع بتشكل آفات حلقية على الراحتين، الأخمصين، الساقين، الساعدين. تتضخم الآفات، لكنها تتوضع مركزياً لتعطي أشكالاً هدفية. ربما تشكلت نفاطات. شكل ستيفن جونسن عبارة عن ترافق حمامى عديدة الأشكال مع الحمى وإصابة الأغشية المخاطية. ربما أدى تطور آفات رغامية قصبية شديدة لحدوث اختناق وتقرح القرنية، والذي ربما أدى للعمى. تظهر الآفات في مجموعات.

التشخيص التفريقي الشرى، الفقاع، الداء الفقاعاني، التهاب الجلد الحلئي الشكل.

الاستقصاءات • التشخيص سريري. • خزعة جلدية. • البحث عن سبب: مسحات تزانك، زرع حموي من السحجات، صورة الصدر البسيطة، عيارات ذات الرئة اللانموذجية، أضداد ذاتية، قصة دوائية.

التدبير تحديد السبب والمعالجة إذا كان ذلك ممكناً. مضادات الهستامين. ربما كانت هناك حاجة للستيرويدات المجموعية في متلازمة ستيفن جونسون. الوقاية من الخمج الثانوي والتجفاف. إعطاء الأسيكلوفير (200 مغ 5 مرات يومياً عن طريق الفم لمدة 5 أيام أو بجرعة 5 - 10 مغ/كغ كل 8 ساعات وريدياً لمدة 10 أيام) عند وجود خمج بالحلأ البسيط.

أحد العوامل الهامة لسببيات أورام الجلد هو التعرض المديد لأشعة الشمس (وخاصة الأشعة فوق البنفسجية في الجزء UVB 280 - 320 من الطيف). يكون الخطر عاليًا عند القوقازيين ذوي الجلد الحنطي اللون. ربما كانت العوامل الوراثية هامة.

PREMALIGNANT CONDITIONS حالات ما قبل الخبيثة

التقران السافع Actinic Keratosis (التقران الشيخوخي Senile Keratosis)

آفات وسفية متعددة البؤر، مفرطة التصبُّغ، أو آفات متقرحة. استعمال الميكسينون Mexenone 4% كإجراء اتقائي. معالجة قرّية: استئصال موضعي، تطبيق مستحضرات سامة للخلايا موضعيًا (مثل فلوروويوراسيل)في الآفات المثبتة.

الشوكوم القرني Kerato - acanthoma

ربما تلا التعرض للكيماويات المُحسسة للضوء (مثل القطران أو الزيوت المعدنية) أو بعد الكبت المناعي. تنمو الآفة بسرعة على شكل حطاطة والتي تتطور داخل عقيدة، وربما تحولت لسرطانة حرشفية (وسفية) في حالات نادرة. يجب استئصالها أو كشطها أو كيّها.

السرطانة داخل البشرة (داء بوين) Intra-epithelial carcinoma

لويحة وسفية، وردية اللون تنتشر ببطء، ذات حواف واضحة الحدود. ربما تطورت داخل سرطانة وسفية غازية. المعالجة بالاستئصال أو المعالجة القرّية.

BENIGN CONDITIONS الحالات الحميدة

الثآليل الحموية Viral warts

تنجم عن حُمّة الورم الحليمي الإنساني (HVP)، المظهر نموذجي، تعالج بطلاء الثآليل الحاوي على حمض الساليسيليك. وفي حال عدم التحسن بعد 8 - 12 أسبوعًا نحاول المعالجة بطلاء حاوي على الفورمالدهيد أو غلوتار ألدهيد. ربما كانت هناك حاجة للمعالجة القرية أو الاستئصال.

حليموم الخلية الوسفية Squamous cell papilloma

ينشأ على حساب الخلايا القراتينية، وربما شكّل نتوءًا يشبه القرن. المعالجة بالاستئصال أو التجريف مع الكي، ثم إجراء فحص نسيجي.

التقران المثي (حليموم الخلية القاعدية أو الثؤلول المثي) Seborrhoeic keratosis

آفات مسطحة، أو مرتفعة، أو مُسَوَّقة، ذات لون أصفر أو بني قاتم، متعددة عادة، تترك دون معالجة، أو تعالج بالاستئصال أو بالمعالجة القريّة أو التجريف.

المياسم الجلدية Skin tags تستأصل إذا كانت غير مقبولة من الناحية التزويقية.

الوحمات (الشامات) الملانية Melanotic Naevi

غير معروفة السبب، ربما كانت ولادية أو مكتسبة (موصلية، مُركبة، داخل الأدمة، شعرية زرقاء، مثدونة "مُختلّة التَّنسُّج"). ربما تورّمت وأصبحت مؤلمة، وربما زال صباغها، وهي نادراً ما تصبح خبيثة. علامات التحوُّل المحتمل للخبث: الضخامة، الحكة، زيادة أو نقص التصبُّغ، لاانتظام الحواف أو السطح، اللاتناظر، التقرُّح، الالتهاب، النزف. المعالجة بالاستئصال والفحص النسيجي في حال وجود أدنى شك.

الحالات الخبيثة MALIGNANT CONDITIONS

سرطانة الخلية القاعدية Basal cell carcinoma (BCC)

أشيع سرطانات الجلد، يصيب متوسطي العمر أو المسنين، يغزو النّسج بشكل موضعي، ونادرا ما يعطي نقائل. يتطور في الأماكن المعرَّضة للشمس على الوجه، أو في أماكن النسيج المتندّب. في البداية نشاهد عقيدة حمراء تنتشر تاركة حافة ملتفة مميزة، مع تقرح مركزي "قرحة قارضة". المعالجة بالجراحة أو بالأشعة. الإنذار ممتاز.

سرطانة الخلية الوسفية Squanous cell carcinoma (SCC)

تُشتق من الخلايا القراتينية على الجلد المتعرض للشمس غالباً، وهي عقيدات مفرطة التقرن، متقرحة تنتشر بسرعةَ، قد تُحدث نقائل إلى العقد اللمفية الموضعية النازحة وما بعدها.

تعالج بالاستئصال أو المعالجة بالأشعة.

الملانوم الجلدي الخبيث Cutaneous malignant melanoma

يشتق من الخلايا الملانية، تعتبر زيادة التعرض لأشعة الشمس عاملاً هاماً في السببية. يكون الخطر مرتفعاً عند المصابين بوحمة مثدونة أو وحمة مُلانية ولادية. يلاحظ وجود وحمة سابقة نسيجياً في 30% من الحالات. نسبة إصابة الذكور < الإناث والنسبة هي 2:1.

الأشكال المختلفة: • النمشية الخبيثة Lentigo malgna. • السطحية المنتشرة.• العقيدية. المعالجة بالاستئصال وتطعيم الجلد. يُتيح التحليل النسيجي للورم إجراء تحديد دقيق للمرحلة. تُتيح طريقة برسْلو قياس الارتفاع من طبقة الخلايا الحبيبية إلى الجزء الأعمق من الورم. تُقيِّم طريقة كَلارك درجة الانتفاذ. تبلغ نسبة البقيا لمدة 5 سنوات 90% في حالة الأورام السطحية (<1.0 ملم) بينما يسوء الإنذار بزيادة الانتفاذ. هناك حاجة لاستئصال العقد الناحية في حالات الأورام السميكة (2.0 - 3.5 ملم). ربما كانت هناك حاجة لمعالجة

كيماوية مساعدة في حالات الأورام المتقدمة، لكنّ ذلك نادراً ما يكون شافياً. حملات التوعية التي تهدف لتثقيف كل من الأطبّاء والمرضى بهدف تمييز المِلانُوم في مرحلة مبكرة قابلة للشفاء مهمة جداً.

داء باجيت في الحلمة Paget's disease of the nipple

لويحات وسفية حمراء واضحة الحدود فوق الحلمة وحولها، ناجمة عن غزو البشرة بخلايا اتية من سرطانة ثدي داخل قنوية مستبطنة. إجراء خزعة لإثبات التشخيص، ربما كانت هناك حاجة لاستئصال الثدي.

اللمفوم الجلدي Cutaneous lymphoma

تنشأ معظم هذه اللمفومات من الخلايا التائية (بخلاف الأشكال الأخرى من اللمفومات) وكمثال عليها نذكر الفطار الفطراني، والذي يصادف في الأعمار المتوسطة على شكل لويحة جلدية حاكّة، والتي ربما شكلت عقيدة أو قرحة. تظهر الخزعة وجود ارتشاح لمفاوي بالخلايا التائية. ربما ترقى اللمفوم وأصاب العقيدات اللمفية الموضعية، أو ربما أعطى نقائل. المعالجة بالستيرويدات الموضعية، الأشعة فوق البنفسجية، الأشعة فوق البنفسجية مع البسورالين PUVA، المعالجة بالأشعة. يستجيب اللمفوم بشكل ضعيف للمعالجة الكيماوية المجموعية، علماً أن هدف المعالجة هو ضبط المرض أكثر من شفائه.

الشرى URTICARIA

تورمات جلدية عابرة وراجعة مع حمامى، ناجمة عن عبور السوائل من الجملة الوعائية إلى الأدمة. يوجد طيف واسع من أشكال الشرى يتراوح بين أشكال خفيفة إلى الوذمة الوعائية المهدّدة للحياة والمترافقة مع إصابة الحنجرة. قد ينجم الشرى عن الأرجيّة في بعض الأحيان، لكنّها غالباً تتواسط بطرائق لاأرجيّة.

المستأرجات allergens: قد تنتقل بعدة طرق: الأكل، الاستنشاق، التسريب، الغَرْز، الزرق، عضّة الحشرات، الإنْتشارات، الأخماج.

فيزيائياً: البرد، التعرض للشمس، الحرارة، كولينية الفعل، كتوبية الجلد، الضغط المديد.

وراثياً: الوذمة الوعائية الوراثية، فرط التحسُّس.

دوائياً: نتيجة تحرر الهستامين التالي لعدة عوامل مثل الأدوية، الطعام، العضّات، النشوقات، الطّلع، سموم الحيوانات (السمَام Venoms)، قشرة الحيوانات (الهبرية Dander).

متفرقات: اضطرابات النسج الضامّة، فرط الدرقية، السُّكري، الحمل، الطفيليات المعوية، الأورام، تماسية وغامضة.

اللامح السريرية ظهور مفاجيء لانتبارات Weals حلقيّة حاكّة ذات لون وردي، تختفي بعد عدة ساعات عادة. قد تغطي هذه الانتبارات معظم سطح الجلد في الأشكال الحادة للشرى، ولكن يظهر القليل من الانتبارات فقط في كل يوم في الشكل المزمن. تُصيب الوذمة الوعائية النسج تحت الجلد، وربما أدت لحدوث تورمات في اللسان، مخاطية الحنجرة، المسالك الهوائية، حول العينين، حول الفم، مخاطية الأعضاء التناسلية.

التشخيص التفريقي الحمامى العديدة الأشكال، الالتهاب الوعائي الشروي، التهاب الجلد الحلئي الشكل، الداء الفقاعاني، الحمرة.

الاستقصاءات • أخذ القصة أمر مهم (بما فيها قصة تناول مختلف الأدوية). • التعداد الدموي الكامل. • تحليل البول. • اختبارات وظائف الكبد. • صورة الصدر البسيطة. • صورة الجيوب البسيطة. • فحص عينة منتصف البول MSU. • فحص البراز. • مستويات العامل المضاد للنواة ANF، المتممة، مثبط الإستراز C_1.
• الأضداد الذاتية.

التدبير التخلص من السبب إذا كان ذلك ممكناً. تستخدم مضادات الهستامين (مثل تيرفينيدين 60 Terfenidine مغ مرتين يومياً). يجب إعطاء الستيرويدات المجموعية في الحالات الحادة فقط. تفيد العوامل الموضعية (مثل للنتول 1 - 2% في دهون الكلامين) في تفريج الحكة. يعتبر إعطاء الأدرينالين تحت الجلد وتامين للسلك الهوائي إجراء منقذاً للحياة في الحالات الحادة. قد نحتاج لكل من: ميتيل البريدنيزولون، ترازيلول، دانازول، ستانوزول، للصورة الطارجة في الوذمة الوعائية. يجب تجنب الساليسيلات، البنزوات، صباغات آزو Azo (مستخدمة بشكل واسع كمواد مضافة للطعام) لأنها عوامل محررة للهستامين بشكل منبت.

السماك ICHTHYOSIS

اضطراب في التقرن يمتاز بجلد وسفي مفرط التجفاف.
الأشكال المختلفة: الشائع (جسدي)، الأسود Nigricans (مرتبط بالجنس)، صُفاحي Lamellar، متلازمة رفزم Refsum's syndrome، فرط تقرُّن حال للبشرة، مكتسب (بشكل ثانوي لداء هودجكن، اللمفوم، الجُذام، سوء الامتصاص، القوت الفقير، الغرناوية).

اللامح السريرية جلد وسفي مفرط التجفاف، طيّات جلدية مشتدة. يظهر في السنوات القليلة الأولى للحياة في الأشكال الوراثية منه، ويستمر طيلة الحياة. يمكن أن يكون معيقاً بشدة.

الاستقصاءات لا يطلب شيء عادة.

> **التدبير** استخدام المطرّيات بشكل نظامي (مثل المرهم المستحلب، البارافين الأبيض الطري)، تجنب الاستخدام المفرط للصابون. قد يكون من الحكمة الاستخدام الطويل الأمد للريتينويدات في الحالات الشديدة، لأنها قد تحدث تحسناً ملحوظاً، ولكن حدوث فرط التعظم كتأثير جانبي امر حتمي.

DISORDERS OF SKIN PIGMENTATION اضطرابات تصبغ الجلد

ALBINISM المهَق

حالة تمتاز بنقص إنتاج الملانين في الخلايا الملانية الموجودة في البشرة وفي العين وفي بصلة الشعرة. يورث كصفة جِسمية صاغرة (متنحِّية).

اللامح السريرية نقص التصبُّغ السوي، التحمل السيء لأشعة الشمس، رُهاب الضوء، رأرأة دورانية.

> **التدبير** تجنب التعرُض لضوء الشمس، استخدام كريم يحول دون ضوء الشمس، مراقبة المريض خشية تطور أورام جلدية لديه.

VITILIGO البهَق

جُزز زائلة الصباغ في الجلد، تحدث بشكل تال لفقد الوظيفة السوية لخلايا الملانين. وجود ارتباط وراثي أمر قائم (يرتبط مع الاضطرابات المنيعة للذات مثل أمراضَ الدرق، داء أديسون، الداء السكري، فقر الدم الوبيل).

اللامح السريرية لطخات مُحدّدة بشكل جيد، مع فقد نسبي لتصبُّغ الجلد، والذي يصيب بشكل شائع كلاً من ظهر اليدين، المعصمين، الركبتين، الرقبة، حول الفوهات في الجسم. ظاهرة كوبنر موجودة. قد يتحسن هذا المرض عفوياً.

الاستقصاءات • التشخيص واضح عادة، ولكن يجب نفي الأخماج الفطرية. • يجب نفي الجذام بإجراء الخزعة إذا اعتبر أن له علاقة.

> **التدبير** تطبيق كريم دبغي Tanning صنعي، او كريم قناعي تزويقي، او الأشعة فوق البنفسجية مع البسورالين PUVA في حالات اصطفائية. تجنب حروق الشمس.

CHLOASMA الكلف

زيادة تصبُّغ منبهة هرمونياً، تصيب بشكل أساسي الوجه أثناء الحمل، أو عند تناول الأقراص المانعة للحمل.

الملامح السريرية زيادة التصبُّغ.

التدبير حالة محدودة ذاتياً. تطبيق كريم قناعي تزويقي.

اضطرابات الشعر HAIR DISORDERS

تحتوي فروة الشعر على 100 ألف شعرة تقريباً، تتساقط 100 شعرة يومياً، كما وتستغرق كل شعرة في نموها مدة 1000يوم تقريباً.

الحاصة ALOPECIA

فَقد موضعي للشعر، يمكن تقسيمه إلى نمطين:

غير تندُّبي Non scarring: حاصّة بُقَعيّة، الأندروجين، عادة نتف الشعر، سُعفة الفروة، حاصّة الشدّ.

تندُّبي Scarring: حروق، التهاب الجلد الإشعاعي، لاتنسُّج الجلد، الحَمْرة، الغرناوية، سرطانة الخلية القاعدية، الذأب الحمامي المجموعي، الحزاز المُسطَّح.

المسببات الجدول 1 - 13

الجدول 1 - 13 ، أسباب الفقد الواسع للشعر
أسباب اندروجينية (الصلع ذو النموذج الذكري).
نفحات انتهائية " تبخر" (بعد الوضع، حمى، "الكرب")
الإفرنجي
أسباب غدية صماوية (مثل قصور/فرط الدرقية).
اسباب تغذوية (مثل عوز الحديد).
الذاب الحمامي المجموعي.
محدثة دوائياً (مثل الأدوية السامة للخلايا، مضادات التخثر، إيثوناميد، كاربيمازول، فرط تناول فيتامين A
الحاصة البقعية
هوس النتف Trichotillomania
عيوب جسم الشعرة (مثل التواء الشعرة Pilo torti، داء تعقد الشعرة Monilethrix).

الحاصة البقعية Alopecia areata

تمتاز بفقد مفاجيء، مُوضّع أو معمم، للشعر من الفروة أو باحات الجسم الأخرى. ربما كانت مرتبطة وراثياً. شائعة عند المصابين بمتلازمة داون. توجد زميرتان (تحت زمرتين) لهذه الحاصّة. • الحاصة ذات النزعة التأتبية. • الحاصّة المترافقة مع الأمراض المنيعة للذات مثل البهق، الداء السكري. لا يوجد تندُّب. تنكسر الأشعار المتوفة من هامش الباحة المصابة غالباً مُخلفة وراءها بقايا تشبه "علامات الاستفهام"، والتي تعتبر مُشخِّصة. الأظفار ذات حروف ووهدات غالباً. يجب نفي الأخماج الفطرية بأخذ سحجة وفحصها باستخدام مصباح وود. معظم الحالات محدودة ذاتياً، ولكن قد تكون معالجتها أحياناً باستخدام الأشعة فوق البنفسجية، زرق الستيرويدات داخل الأفة، التطبيق الموضعي للمينوكسيديل Minoxidil مفيدة.

الشعرانية (الزبب) HIRSUITISM

هي النمو المفرط للشعر المعتمد على الأندروجين وفق النموذج الذكري (مثلاً ناحية اللحية، جدار البطن، حول حلمتي الثديين). ربما سببت الشعرانية ضائقة نفسية شديدة.

السببيات (الجدول 2 - 13).

الجدول 2 - 13: اسباب الشعرانية

اسباب كظرية	متلازمة كوشينغ، اورام مُذكِّرة، فرط تنسج الكظر الولادي.
اسباب نخامية	ضخامة النهايات
اسباب مبيضية	المرض المتعدد الكيسات، الأورام المذكِّرة، خلل تكوُّن القند.
متلازمة تورنر	
اسباب علاجية المنشا	بسبب تناول ادوية الأندروجينات.
اسباب غامضة	فرط حساسية العضو المستهدف

الاستقصاءات • يجب نفي أي أسباب دوائية مستبطنة. • تحري القصة الطمثية (الحيضية). • إجراء اختبارات الوظائف الصماوية حسب الاستطباب (مثل مستويات الكورتيزول النهاري، ACTH، اختبار كبت الديكساميتازون، التستسترون، اختبار تحمل الغلوكوز مع قياس هرمون النمو، تصوير البطن بفائق الصوت، معايرة FSH , LH).

التدبير معالجة الأسباب الدوائية حسب الاستطباب.
التخلص من الأشعار الزائدة بالحلاقة، او بتبييضها، او تطبيق كريم جموش (مزيل الشعر) Depilatory cream، التشميع. استخدام مضادات الاندروجين مثل (cyproterone) قد تكون مفيدة.

اضطرابات الأظفار NAIL DISORDERS

خطوط بيو Beau's lines

عبارة عن حروف مستعرضة ناجمة عن الإعاقة المؤقتة لنمو الظفر كما في الحالات التالية للمرض الشديد. وهي اضطراب محدود ذاتيا عادة.

تقعّر الأظفار Kollonychia

فَقد الحياط السوي للظفر، مما يودي لانخفاض أو تسطُّح سطح الظفر. تكون الأظفار هشة. يعتقد بتشاركها مع فقر الدم بعوز الحديد.

الداحس Paronychia

التهاب ثنية الظفر، والذي قد ينجم عن جراثيم (عنقوديات، زوائف، متقلبات) أو فطور (مبيضات)، تتفاقم الحالة عند الغمر بالماء. المعالجة بإعطاء صادات مناسبة (مثل فلوكلوكساسين، نيستاتين، أمفوتيراسين).

تقرُّح الساق LEG ULCERATION

تقرح الساق الوريدي VENOUS

تقرُّح الساق ذو المنشأ الوريدي مسوول عن 70 - 80% من تقرحات الطرف السفلي. ينجم هذا التقرُّح عن عدم أهلية الدسامات مما يودي لزيادة الضغط في الشُعيرات وأذيتها وتليُّفها. وتشكل جلد سيء التغذية Nourish والذي يصبح سهل التأذي حتى برضوح بسيطة.

اللامح السريرية يُصادف عند النساء السمينات غالباً، واللواتي لديهن قصة دوالي وريدية وخثار وريدي عميق. تتشكل القرحات فوق الكعب الأنسي، وهي غير مؤلمة عادة، بينما يكون الجلد المحيط فاقد اللون نتيجة تسرب الدم من أوعيته.

التشخيص التفريقي يجب نفي الداء السُّكري، داء الخلية المنجلية، التهاب المفصل الرثياني، الخباثات، الإفرنجي.

التدبير تخفيف الوزن. ارتداء جوارب مطاطية داعمة، وضع ضمادات واقية. رفع الساق. تنظيف القرحة وتضميدها بضماد حاوي على البارافين (بمفرده او للشرب بكلورهيكسيدين 0.5%). او التضميد بضماد ماص (مثل غرانوفلكس ®granuflex). يجب تضميد القرحة في حال الخمج بضماد حاوي على برمنغنات البوتاسيوم (1 في 10000) مثلاً. نستخدم للبيلات في حال وجود قصور القلب. نحتفظ بالصادات الجموعية للأخماج المنتشرة، والتي نعتمد في اختيارها على نتائج للسحة. التسكين مطلوب. يجب تجنب الستيرويدات المجموعية.

ARTERIAL تقرح الساق الشرياني

تقرُّح الساق ذو المنشأ الشرياني مؤلم عادة، نسبة إصابة الذكور > الإناث، يترافق حدوث التقرُّح مع دوران محيطي فقير غالباً. التقرُّح مثقب (مخرم)في مظهره، ربما ترافق في حدوثه مع: الداء السكري، التصلب العصيدي، التهاب المفصل الرثياني، داء برجر، أمراض النسيج الضّام. الدوالي الوريدية غائبة عادة.

التدبير اعراضي. بتطبيق معالجة موضعية كما ورد في التقرُّح الوريدي. بالإضافة للراحة وتدفئة الطرف وقطع الودي. استعمال للموسّعات الوعائية المجموعية محدود.

LYMPHOEDEMA الوذمة اللمفية

تورم ثابت في الأطراف، يمتاز بكون الانطباعة أو الوهدة المُحدثة بالضغط مكان التورم خفيفة وباستمرار التورم لفترة طويلة غالباً.

المسببات (الجدول 3 - 13).

اللامح السريرية تورم طرف واحد أو اثنين، والذي قد لا يظهر حتى سن البلوغ أو اليفع.

الجدول 3 - 13: أسباب الوذمة اللمفية

الوذمة اللمفية الأولية	
تنجم عن خلل تطوري في الجهاز اللمفاوي	
الوذمة اللمفية الثانوية	
التهاب الأوعية اللمفية الراجع	الحُمرة
الانسداد اللمفي	داء الخيطيّات، ورم، تدرُّن (سل)
التخرُّب اللمفي	ورم، معالجة بالإشعاع، جراحة
سببيات غير معروفة	متلازمة الظفر الأصفر، نخالية وردية.

التدبير رفع الطرف، تطبيق عصابة ضاغطة. إعطاء مبيلات وصادات في حال وجود خمج. قد نحتاج للجراحة احياناً.

عملية التهابية مرضية، تحدث في جدران الأوعية الدموية بشكل أوّلي (الأوعية الصغيرة والمتوسطة القدّ بشكل رئيسي) مما يؤدي لحدوث عقيدات، وفرفريات، وتقرُّحات. الأنماط المختلفة مُجدولة في الجدول (4 - 13).

ERYTHEMA NODOSUM الحمامى العقدة

التهاب وعائي لمفاوي يصيب الطرفين السفليين بشكل رئيسي. نسبة إصابة الإناث > الذكور = 1:5.

الجدول 4 - 13 : انماط الالتهاب الوعائي

نمط الخلايا السائدة في الارتشاح	الحالة السريرية
اللمفاويات	الذاب الشرثي
	الشرث Chillblains
	الذاب الحمامي المجموعي
	الحمامى العقدة
متعددة الأشكال	فرفرية شنلاين - هنوخ
	التهاب الشرايين العقد
تشكُل حُبيبوم	تقيُّح الجلد للواتي
	التهاب الشريان الصدغي
	الحمامى الجاسية
	الورام الحبيبي لواغنر

الملامح السريرية آفات محسوسة، مؤلمة ذات لون أحمر مزرق قاتم (غامق) تُصادف على الربلتين، حرفي الظنبوب، الساعدين، وتترافق مع حُمّى وآلام مفصلية.

السببيات الأخماج بالعقديات، أدوية (مثل السلفوناميدات، الأقراص المانعة للحمل)، الغرناوية، الأخماج بالحمات والمتدثرات، التدرن، التهاب القولون التقرحي، داء كرون، داء بهجت، اليرسنية، المفطورة، الريكتسية، الفطور (الفطار الكرواني)، الجذام.

التشخيص التفريقي الرضح، التهاب الهلل، الخراجة، التهاب الوريد.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل. • سرعة التثفل. • صورة الصدر البسيطة. • مسحة من الحلق. • معايرة مضاد الحالة العقدية ASO. • اختبار مانتو. • اختبار كفيم. • معايرات حموية في الطور الحاد وطور النقاهة.

التدبير اعراضي بشكل اساسي لأن المرض محدود ذاتياً. إعطاء الصادات إذا كان المرض ناجماً عن خمج جرثومي. الراحة في الفراش، التسكين بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية. لا حاجة للستيروئيدات المجموعية عادة.

التهاب الشرايين العقد POLYARTERITIS NODOSA

مرض معمم، شديد، نادر يمتاز بحدوث التهاب شرياني نخري متعدد الأشكال.

اللامح السريرية حُمّى، فتور، نقص الوزن، ألم بطني، ألم صدري، تقرُّح جلدي، تشكُّل عقيدات تحت الجلد، فرفريات، تموُّت، نزوف خطية، تزرُّق شبكي، آلام عضلية، اعتلال عصبي، فرط ضغط الدم، علامات القصور الكلوي.

التشخيص التفريقي التهاب السَبَلة الشحمية، الورام الحبيبي لواغنر، الذأب الحمامي المجموعي، والتهاب المفصل الرثياني، احتشاء نسيجي.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل. • سرعة التثفل. • الغلوبلينات غاما. • العامل الرثياني، الغلوبلينات القرية، العامل الأسترالي: ربما كانت إيجابية. • أخذ خزعة من الأعضاء المصابة (مثل الجلد أو الكليتين). تعطي هذه الاستقصاءات نتائج لانوعية.

التدبير إعطاء ستيرويدات مجموعية وكابتات مناعة حافظة للستيرويدات (مثل ازاثيوبرين او سيكلوفسفاميد). يبقى معدل الوفيات عالياً رغم ذلك.

تقيُّح الجلد المواتي PYODERMA GANGRENOSUM

اللامح السريرية يمتاز بوجود تقرُّحات كبيرة سريعة الانتشار ذات هامش بثري أو مشوه جاسيء، أزرق اللون. يتشكل تقيُّح الجلد هذا على أرضية من خُثار والتهاب وعائي. يترافق حدوثه مع التهاب المفصل الرثياني، التهاب القولون التقرُّحي، داء كرون، اعتلال غلوبليني وحيد النسيلة، نقيوم.

الاستقصاءات البحث عن المرض المستبطن.

التدبير إعطاء ستيرويدات قشرية مجموعية (مثل البريدنيزلون 60 - 100 مغ/يوم ثم تخفيض الجرعة تدريجياً والتوقف في النهاية عن إعطائه). تطبيق ضمادات حاوية على معقم (سفراتول Sofratulle ®).

التهاب الشريان الصدغي (التهاب الشريان ذو الخلية العملاقة)

TEMPORAL ARTERITIS (GIANT CELL ARTERITIS)

يصيب الأوعية الكبيرة في الرأس، والعنق، والأكثر شيوعاً تصادفه عند المسنين حيث يترافق مع ألم العضلات الرثوي.

اللامح السريرية الشرايين الصدغية المصابة غائبة النبض مع إيلام ويترافق ذلك مع صداع شديد. قد تظهر قرحات مواتية في الفروة، وربما حدث العمى نتيجة إصابة الشرايين الشبكوية (الخاصة بالشبكية).

الاستقصاءات • ارتفاع سرعة التثفل. • البروتين التفاعلي (الارتكاسي) C في المرض الحاد.

التدبير إعطاء ستيرويدات قشرية مجموعية دون تأخير.

WEGENER'S GRANULOMATOSIS — الورام الحبيبي لواغنر

التهاب وعائي حبيبومي مجهول السببيات.

اللامح السريرية حُمّى، فتور، نقص الوزن، أعراض أنفية رئوية (مثل فقد السمع، التهاب الأنف، نفث الدم، التهاب الجيب)، آفات جلدية (قرحات أو حطاطات). ألم مِفصَلي، بيلة دموية، إصابة كل من العين، القلب، الرئة، الكلية، الأعصاب.

الاستقصاءات • أضداد ضد هيولى العدلات. • ارتفاع عامل نقل أول أكسيد الكربون KCO • صورة الصدر البسيطة. • خزعة من مخاطية الأنف، أو من الكلية، أو الرئة.

التدبير إعطاء السيكلوفسفاميد وحده، او بالمشاركة مع ستيرويدات قشرية.

HENOCH-SCHONLEIN PURPURA — فرفرية هنوخ ـ شنلاين

التهاب وعائي ربما كان ناجماً عن تفاعل أرجي لأدوية متناولة أو لجراثيم، وهو يترافق مع حُمّى، وسن، مرض معدي معوي أو كلوي.

اللامح السريرية آفات فرفرية متعددة فوق الأطراف والأليتين، حُمّى، فتور، ألم مِفصَلي، ألم بطني، بيلة دموية. قد يسبق ذلك حدوث التهاب الحلق بالعقديات.

الاستقصاءات • تعداد الصفيحات سوي. • يجب نفي أمراض النسيج الضام والأشكال الأخرى للالتهاب الوعائي. • قد نحتاج لأخذ خزعة كلوية. • تحليل البول.

التدبير اعراضي عادة لأن للرض محدود ذاتياً. إعطاء الستيرويدات في للرض المجموعي الشديد.

BACTERIAL INFECTIONS الأخماج الجرثومية

IMPETIGO القوباء

خمج سطحي ناجم عن العقديات أو العنقوديات، شديد العدوى، وخاصة تحت ظروف فقيرة من التَّصحُّح (حفظ الصّحّة).

اللامح السريرية نفطات رقيقة الجدار على الوجه عادة تنفجر بسرعة مُخلّفة مناطق من النضح والجُلبات الصفراء.

الاستقصاءات أخذ مسحات من الآفات وإرسالها للزرع.

التدبير رفع الجُلبات. تطبيق صادات موضعية (مثل الفوسيدين). إعطاء صادات مجموعية في لحالات لشديدة (مثل الإريثروميسين. فلوكلوكساسيللين.بنسلين ٧). ربما حدثت القوباء كمضاعفة للعث او الأكزيمة. ونادر تؤدي لالتهاب كبيبات الكلى.

ERYSIPELAS الحمرة

خمج جلدي بالعقديات ذو حواف مُحدَّدة جيداً، يصادف بشكل شائع على الجلد.

اللامح السريرية حُمّى، دعث، قشعريرة، تُتبَع بتشكل طفح أحمر على الجلد ذي حواف مرتفعة واضحة الحدود. تدخل الكائنات الحيّة الخامجة عبر سحجة صغيرة في الجلد.

الاستقصاءات أخذ مسحة من الآفة، مع عدم تأخير البدء بالمعالجة.

التدبير بنسلين ٧ او إريثروميسين.

CELLULITIS التهاب الهلل

التهاب في الجلد يصيب نسجاً أعمق من تلك التي تصاب في الحمرة.

اللامح السريرية باحة مرتفعة، حارة، مع إيلام ذات هامش أقل تحدداً مما هو عليه الأمر في الحمرة. تدخل الكائنات الحية المسؤولة عن الإصابة عبر إحدى السحجات. ربما حدثت رعدات وحُمّى.

الاستقصاءات • التعداد الدموي • الكامل زروع متعددة للدم • أخذ مسحة من الآفات.

التدبير صادات مجموعية (مثل البنسلين V او الإريثروميسين).

سل الجلد CUTANEOUS TUBERCULOSIS

الذأب الشائع Lupus vulgaris

عقيدة جلدية ثابتة تحدث بعد الخمج الأوّلي عند الأشخاص المُتمتعين بدرجة عالية من المناعية الطبيعية. نسبة إصابة الإناث > الذكور.

اللامح السريرية عقيدة منفصلة بنية مُحمرّة، قد تغزو النسج العميقة وتتندب. ربما حدث تحول خبيث فيها.

الاستقصاءات • مُعاينة شُفوفية diascopy (الضغط باستخدام شريحة) حيث يظهر منظر "هلام التفاح" المميّز. • تُظهر الخزعة وجود حبيبوم درني.

تدرُن الجلد (الخنزرة) Scrofuloderma.

تدرُّن جلدي مترافق مع إصابة الجهاز اللمفي.

اللامح السريرية نواسير، وخراجات، وندبات تُصادف في العنق بشكل شائع جدا

الاستقصاءات خزعة وزرع.

الحُمامى العقدة (انظر الالتهاب الوعائي صفحة 302).

الحُمامى الجاسية (داء بازين) Erythema induratum (Bazin's disease)

تدرُّن جلدي مترافق مع عقيدات تقرُّحية عميقة على الربلتين

الطفحات السلية Tuberculides

مجموعات راجعة من حطاطات تقرّحية قائمة ثابتة، تصادف على الركبتين أو المرفقين عادة.

التدبير الجدول 12.6 ص 258

الجذام LEPROSY

خمج ناجم عن المُتفطِّرة الجذامية Mycobacterium Leprae.

اللامح السريرية تعتمد على درجة الاستجابة المناعية عند المريض، حيث يُصادف الشكل الدرني إذا كانت المقاومة عالية، بينما يصادف الشكل الجذمومي في حال المقاومة المنخفضة. يتوضع الشكل الحدِّي بين نهايتي الطيف.

الشكل الدرني Tuberculoid

من الصعوبة إيجاد الكائنات الحية في هذا الشكل، يمتاز بكونه غير خامج، وبآفات موضعية، واختبار الجذامين إيجابي. يغزو الحبيبوم الجيد التشكل الأدمة من خلال الجذوع العصبية. يشاهد لويحة أو بقعة فاقدة (عديمة) الحس زائلة الصباغ، بالإضافة لأعصاب ضخمة محسوسة.

الشكل الجذمومي Lepromatous

يشاهد فيه العديد من الكائنات الحية، ويمتاز بكونه خامجاً، ذا آفات معممة، واختبار الجذامين سلبي. تصادف عقيدات، حطاطات، بقع، تقرُّحات في مواقع النسج ذات الحرارة المنخفضة (مثل المنخرين وحاجز الأنف مما يؤدي لانخماص عظمي الأنف).

الشكل الحدي Borderline

يُصادف بعض الكائنات الحيّة، يمتاز بكون خامجاً بدرجة خفيفة وبكون الآفات متشتتة والمقاومة متوسطة الشدة.

الاستقصاءات • خزعة. • صبغة زيل - نيلسن وزرع عينات مأخوذة من الجلد أو الأعصاب الحسيّة. • لا دور لاختبار الجذامين في تشخيص الحالة، لكنّه مفيد في تحديد الشكل الموجود من المرض (حيث يكون سلبياً في الشكل الجذمومي وإيجابياً في الشكل الدرني).

التدبير إعطاء مشاركة مؤلفة من الدابسون، الريفامبيسين والكلوفازيمين Clofazimine. ربما كان يتوجب الاستمرار في تناول الأدوية مدى الحياة في الشكل الجذمومي. ربما حدث شكلان من التفاعلات الجذامية اثناء المعالجة.

النمط I: (في الشكل الدرني والحدي) حيث تصبح الآفات ملتهبة ومؤلمة بشكل متزايد، وربما حدث شلل.

النمط II: (الشكل الجذمومي) حيث يحدث التهاب وعائي بتوسطه مُعقد مناعي كما في الحمامى العقدة.

VIRAL INFECTIONS الأخماج الحموية

WARTS الثآليل

أورام جلدية حميدة تسببها الحُمَة الثؤلولية الإنسانية (حُمّة الحليموم الإنسانية HPV). تنتقل بالتماس المباشر .

الأشكال المختلفة الثؤلول الشائع (البَرّوقة الشائعة Verruca)، الثؤلول الأخمصي (البَرُّوقة الأخمصية)، الثآليل الشرجية التناسلية، الثآليل المزيّقة، الثآليل المسطحة.

اللامح السريرية عقيدات مفرطة التقرُّن، مرتفعة، متعددة، ربما تطورت وفق مجموعات. يجب تحري ظاهرة كوبنر، ربما كانت مقاومة للمعالجة. ربما تضخَّمت هذه الثآليل بسرعة خلال الحمل، وربما كانت كبيرة ومستديمة إذا ترافقت مع خباثة (مثل الابيضاض)، قد تؤهب بعض أشكال الثآليل التناسلية لسرطانة عنق الرحم.

التشخيص التفريقي مسامير أخمصية، حبيوم حلقي، مِلانوم لاملاني، المليساء المعدية، لقموم مسطح، ليفومات حول الظفر للتصلب الدرني.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة. • يمكن إثبات التشخيص بـــ EM. • إجراء الخزعة دوماً في حالات الشك.

التدبير تتحسن الحالة عفوياً عادة. استخدام طلاء من حمض الساليسيليك (12 - 20%) لمدة 3 اشهر، معالجة قرية بنتروجين سائل او ثاني اكسيد الكربون. استخدام طلاء حاوي على غلوتار الدهيد او فورمالدهيد. ربما كان البودوفلين في بارافين طري مفيداً في الثآليل التناسلية (لا يستخدم في الحمل).

الحُماق (جدري الماء) VARICELLA (CHICKENPOX)

خمج جلدي يُسببه الحلأ الحماقي.

اللامح السريرية دعث، يليه ظهور مجموعات من حطاطات جابذة حاكّة تتحول لحويصلات شفافة لا تلبث أن تتحول لبثور. تتشكل جُلبات مكان الآفات لا تلبث أن تذبل مُخلفة ندبات. نادراً ما يصادف التهاب الرئة، أو خمج ثانوي أو آفات نزفية.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة. • يجب إجراء فحص للطاخة و EM.

التدبير اعراضي. تطبيق دهونات كالامين موضعية. يحدث الانصراف خلال 7 - 10 ايام عادة. يمكن استخدام الأسيكلوفير في الهجمات الشديدة او استخدام الغلوبلين الفائق التمنيع عند ضعيفي المناعة.

الحلأ المنطقي (النطاقي) HERPES ZOSTER (SHINGLES)

خمج جلدي يُسببه الحلأ الحماقي.

اللامح السريرية يحدث عادة إعادة تفعيل للحمة التي بقيت هاجعة في عقدة الجذر الخلفي منذ الإصابة بالعارضة الأولى لجدري الماء. يكون الألم مُحدَّداً في قطاع جلدي Dermatome ثم لا يلبث أن يظهر دعث، حُمّى وشريط من نفاطات حمامية خطية على طول هذا القطاع الجلدي. ربما حدث ألم عصبي بعد حلئي. متلازمة رامسي هانت عبارة عن إصابة العقدة الركبية المترافقة مع تركز النفطات في صماخ قناة السمع الظاهرة. ربما

حدثت إصابة القسم العيني من العصب الثلاثي التوائم مع ما يرافق ذلك من إصابة تالية للعين. ربما انتشر الحلأ النطاقي عند ضعيفي المناعة وربما كان مميتاً عندهم.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة. • وفي حال الشك نرسل سائل النفطة لإجراء زرع و EM عليها.

التدبير اعراضي في الحالات الخفيفة. إعطاء الأسيكلوفير مجموعياً في حالة الأخماج الشديدة. الباكرة. معالجة الألم العصبي بعد الحلئي غير مُرضية النتائج. وربما كان الكاربامازبين مفيداً.

الحلأ البسيط HERPES SIMPLEX

خمج جلدي تُسببه حمة الحلأ الإنسانية، تمّ عزل نمطين من هذه الحُمّة: النمط الأول يسبب "قرحة البرد"، بينما يسبب النمط الثاني آفات تناسلية.

اللامح السريرية

النمط الأول: يتظاهر على شكل مرض حموي مترافق بآفات نفطية مُتقرّحة مؤلمة مع ضخامة عقدية لمفية رقبية تستمر لمدة أكثر من أسبوع ثم تنصرف عفويا. ربما أصيبت العين أيضاً.

النمط الثاني: يؤدي لحدوث آفات تناسلية مؤلمة.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة.• في حالة الشك نأخذ لطاخة سميكة ونرسلها للزرع و EM. • معايرة أضداد الطور الحاد وطور النقاهة.

التدبير اعراضي. تطبيق الأسيكلوفير للوضعي او 5 ـ ايودكسوريدين 5 - 6 مرات يومياً. يمكن استخدام الأسيكلوفير المجموعي في الأخماج الشديدة. نستخدم الصادات في الأخماج الثانوية.

المليساء المعدية MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

آفة جلدية تُسببها الحُمّة الجُدَريَّة Pox virus.

اللامح السريرية حطاطات مرتفعة، ملساء، حمراء اللون تُشاهد على الوجه، والعنق، والجذع. تمتاز هذه الآفات بكونها مُسرّرة مركزياً.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة. • يجب فحص الحطام الخارج من هذه الآفات تحت المجهر وتحديد الخلايا البشروية المنتفخة الكبيرة.

التدبير تطبيق إجراءات مُخرِّبة هدفها إحداث تفاعل التهابي مثل عصر، أو ثقب، أو كشط الآفات، أو تطبيق النتروجين السائل أو ثاني أكسيد الكربون.

جدري الغنم (الأرف) ORF

آفة جلدية سريعة النمو تُسببها الحمة الجُدَريّة. تحدث بشكل تالي للتماس مع الغنم.

اللامح السريرية حطاطة حمراء تتطور بسرعة بعد أسبوع واحد من الخمج وتصيب الإصبع بشكل شائع. قد تنمو الآفة حتى تصل إلى قطر 10 ملم، وربما تقرَّحت. ربما ترافق ذلك مع حُمّى وضخامة عقدية لمفية وحمامى متعددة الأشكال.

التدبير يحدث الشفاء عفويا. وهو يمنح مناعة للمريض. ولكن لا بد من إعطاء صادات مجموعية إذا حدث خمج ثانوي.

الأخماج الفطرية FUNGAL INFECTIONS

هناك مجموعتان رئيسيتان من الفطور تصيب الإنسان: الفُطر الجلدي Dermatophyte: السعفة؛ والمبيضة Candida: السُلاق Thrush، داء المبيضات Candidiasis.

أخماج الفُطر الجلدي DERMATOPHYTE INFECTIONS

تسبب قدم الرياضي، سعفة الجسد، أخماج الظفر، سعفة الفروة. وهي تغزو طبقة القرنين، ولا تخترق النسج الحيّة، هذا ويكون الالتهاب الناتج ناجما عن النواتج الاستقلابية لهذه الفطور، أو عن فرط التحسُّس الآجل. توجد ثلاثة أجناس:

- البويغاء Microsporum - مسؤولة عن أخماج الجلد والأظفار.
- الشَّعرويَّة Trichophyton - مسؤولة عن أخماج الجلد، والأظفار والشعر.
- الفطور البشروية Epidermophyton - مسؤولة عن أخماج الجلد والأظفار.

اللامح السريرية

قدم الرياضي (سعفة القدم): تصيب وترات الأباخس عادة، وتترافق مع وسوف رطبة، هذا وربما كانت الحكة سائدة.

السعفة (سعفة الجسد): طفح حمامي حاكّ يصيب الإبطين والمنطقتين الأربيتين، ويترافق بحرف مرتفع وواضح.

السعفة الخاجحة للأظفار (سعفة الظفر): تؤدي لتلوُّن الأظفار بلون أصفر مع حدوث فرط تقرّن تحت الأظفار.

أحماج الفروة: يمكن أن تؤدي لتورم سبخي Boggy، وبثور، وشهدة، وحاصّة ندبية. من الممكن حدوث أوبئة في المدارس، والحمّامات العامة وأحواض السباحة.

الاستقصاءات • فحص مجهري (استجهار) لسحجات الجلد والأظفار. • إجراء زرع وفحص تحت الضوء فوق البنفسجي لمصباح وود مما يُظهر وجود تألق أخضر.

> **التدبير** الموضعي: تطبيق عوامل موضعية مضادة للفطور مثل الميكونازول أو الكلوتريمازول.
>
> المجموعي: يستخدم لمعالجة الأحماج السعفية التي تصيب الفروة والأظفار. أو لمعالجة أحماج الجلد التي فشلت في الاستجابة للمعالجة الموضعية مثل الغريزوفولفين (500 مغ يومياً لأكثر من 18 شهراً)، علماً ان حدوث التفاعلات
>
> الجانبية كالغثيان، والقياء، والطفح والصداع هو أمر وارد، وعليه فيجب تجنب تناولها أثناء الحمل وعند الإصابة بالبرفرية وأمراض الكبد.

المبيضة CANDIDA

تعتبر مُطاعمة Commensal سوية في السبيل المعدي المعوي لكنها ربما تحولت لعامل مرضي عند السكريين أو ضعيفي المناعة.

اللامح السريرية تتظاهر على شكل التهاب الجلد الحفاظي (الحفاضي) عند الرُّضع، ومذح تصيب الطيّات تحت الثديين، والمنطقتين الأربيتين، والإبطين عند المسنين، تُصادف على شكل باحات حمراء لامعة وتمتاز بوجود آفات ساتلة مع شقوق عابرة. تشاهد بشكل شائع في اليدين المغمورتين في المياه بشكل مزمن. كما أنّها قد تصيب الأغشية المخاطية أيضا، مؤدية لظهور لطخات مرتفعة بيضاء، تترك وراءها باحات نازفة طريّة إذا سُحِجَت. ربما حدث التهاب الحشفة والتهاب الفرج والمهبل الحاكّين والمترافقين مع نجيج مهبلي أبيض. ربما أصيبت الأظفار بداحس مزمن. يجب التفكير بوجود كبت مناعي (كما في متلازمة عوز المناعة المكتسب) إذا أصبح داء المبيضات مُعمماً.

الاستقصاءات • أخذ مسحة من الباحات المصابة وإرسالها للمخبر لفحصها مجهرياً وزرعها.
• يجب نفي الداء السُّكري.

> **التدبير** التخلص من العوامل المؤهبة مثل البدلة السنية (طقم الأسنان) غير المناسبة، الحفاظ على اليدين جافتين. تطبيق موضعي للأمفوتيراسين أو النيستاتين (مثل غسولات الفم، أو الفرازج " الكعكة للهبلية Pessaries "، أو الأقراص المصوصة Lozenges).

النخالية المبرقشة PITYRIASIS VERSICOLAR

خمج فطري جلدي تسببه الملاسيزية الفُرفرية Malassezia Furfur والإصابة لاأعراضية عادة.

اللامح السريرية باحات ملونة أو مصطبغة مع تشكّل وسف بُني. يُصادف في المنطقة العلوية من الجذع عادة. ربما حدثت عودة للخمج بهذا الفطر.

الاستقصاءات • التشخيص سريري عادة، لكن الفحص المجهري للمسحات مفيد. • تألق أصفر شاحب تحت ضوء مصباح وود.

التدبير تطبيق موضعي لسلفيد السيلينيوم Selenium 2.5% لمدة 12 ساعة بفواصل اسبوعية لمدة 3 أسابيع.

الاحتشارات الجلدية CUTANEOUS INFESTATIONS

الجرب SCABIES

طفح جلدي مستمر وحاك بشدة، يسببه سوس القارمة الجَرَبيّة Sarcoptes Scabei.

اللامح السريرية حكة شديدة، وخاصة بعد الاستحمام وفي الليل. يصادف بشكل تقليدي في: وترات الأصابع، الأصابع، المعصمين، المرفقين، هالتي الثديين، المنطقة التناسلية والجلد المحيط بالسُرَّة. توجد حطاطات، وبثرات وأنفاق خطيّة.

الاستقصاءات • استخراج الحَلَم من نفقه.

التدبير تطبيق غاما بنزن هيكساكلوريد GBH اوبنزيل البنزوات BB 25% على كامل الجسم لمدة 24 ساعة. يكون التطبيق الوحيد لـ GBH كافياً عادة. ولكن قد نحتاج لتطبيق BB لأكثر من 3 مرات. يجب معالجة كامل افراد العائلة. يضبط كريم الكروتاميتون الحكة. يجب غسل كل الملابس واللاءات وكويها.

التظاهرات الجلدية للأمراض المجموعية CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC DISEASES

يمتاز العديد من الأمراض بوجود عنصر جلدي، وهذه العناصر مُجدولة في الجدول 5 - 13.

كنْ دوماً على حَذَر من احتمال كون الطفح مرتبطاً بدواء ما (يجب التفكير بكل الأدوية التي يتناولها المريض بما فيها المستحضرات التي تعطى دون وصفة) الجدول (6 - 13).

الجدول 5 - 13 : التظاهرات الجلدية للأمراض المجموعية	
الداء السكري	البلى الشحماني الفيزيولوجي، الحبيبوم الحلقي، اخماج بالمبيضة، اخماج بالعنقوديات، اعتلال جلدي سكري، بهق، حكّة، صُفروم طفحي، قرحات تالية للاعتلال العصبي، جلد شمعي مشدود عند الأصابع، تصلب عصيدي.
داء أديسون	تصبغات شدقية.
ضخامة النهايات	منث، فرط تنسُّج النسج اللينة.
قصور الدرقية	حاصة، شعر خشن متقصف، جفاف الجلد، وذمة، حكّة.
فرط الدرقية	حاصة، حكّة، وذمة مخاطية حول الظنبوب، جحوظ.
متلازمة كوشينغ	سمنة، حدبة الجاموس، عُدّ، سطور، وذمة، وجه قمري.
الغرناوية	حمامى عقدة، ذأب شرثي، لويحات، عقيدات، حطاطات، ندبات، ورام حبيبي.
أمراض الكلية	جلد جاف، حكّة، تصبُّغ اصفر، اظفار half and half.
البرفرية	تحسُّس ضوئي، نفطات، هشاشية الجلد، تصبُّغ، فرط الأشعار، شعرانية.
فرط شحميات الدم	لويحات صفراء، صفروم وتري، صفروم مُعجِر، صفروم، صفروم مسطح طفحي.
البثع (عوز فيتامين C)	لثة نازفة، فرفرية، التئام سيء للجروح.
البلَغرة (عوز حمض النيكوتينيك)	3D: إسهال Diarrhoea، التهاب الجلد Dermatitis، خرف Dementia. حمامى بعد التعرُّض لأشعة الشمس.
التصلُّب الدرني	لطخة من الشغرين (جلد خشن)، غدوم زهميّ، ليفوم حول الظفر.
الورام الليفي العصبي	ليفوم عصبي، نمَش إبطي، بقع القهوة بحليب.
مرض الطعم مقابل الثوي	الحاد، طفح حصبيّ الشكل، عدم توسُّظ الجلد، انحلال جلد بشروي سُمّي. المزمن، تصبُّغ، حويصلات.
الخباثات	عُدّ، توهج، يرقان، شوك اسود، الحمامى للمفة الزاحفة Erythema gyratum repens، حُمامى انحلالية هاجرة، التهاب الجلد والعضل، حكة معممة، التهاب وريد خثاري سطحي.
امراض الكبد	عنكبوت وعائي، تكدُم، حمامى راحية، تصبُّغ في التشمع الصفراوي البدئي، لويحات صفراء، علامات سحجية، يرقان، وذمة، تعجُّر الأصابع، وَبَش، "جلد ورق النقود".

الجدول 6 - 13، التفاعلات الدوائية	
التفاعل	الدواء المحتمل مسؤوليته
الشرى	الساليسيلات
الحمامى السُمّية	السلفوناميدات، الأمبيسيلين
الغدّ، فرط تنسُّج اللثة	الفينتوين
الحمامى العديدة الأشكال	السلفوناميدات
الحمامى العقدة	الأقراص المانعة للحمل، السلفوناميدات
الالتهاب الوعائي، الفرفرية	مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، الهيبارين، الفينتوين
الصُداف	الليثيوم، محصرات البيتا
انحلال الجلد البشروي السُمّي	فينيل بوتازون، الوبيرينول
التحسُّس الضوئي	الفينوتيازينات، التتراسيكلين
الحاصّة	الأدوية السامة للخلايا، الوارفرين
المتلازمة الشبيهة بالذاب الحمامي المجموعي	الصادات، الهيدرالازين
التهاب الجلد التقشُّري	الذهب، الإيزونيازيد
اضطراب نفطي	الباربيتورات، بنسلامين
البثور	البروميد

التدبير نقوم بسحب الدواء المتهم. ربما كان الإعطاء الطارئ البطيء للأدرينالين تحت الجلد (0.5 مل من المحلول الألفي) في معالجة التفاعلات التأقانية الشديدة، منقذاً للحياة. تُعطى مضادات الهستامين المجموعية (مثلاً 10 مغ من كلورفنيرامين وريدياً)، والستيرويدات القشرية المجموعية (100 - 200 مغ هيدروكورتيزون وريدياً يُتبع بإعطاء 40 - 60 مغ/يوم بريدنيزولون فموياً). يمكن تخفيض جرعة الستيرويدات ببطء حتى الوصول لجرعة الصفر خلال 7 - 10 أيام. هناك حاجة لإعطاء السالبوتامول (5 مغ) إرذاذاً إذا كان هناك أزيز. ربما كانت المعالجة الموضعية المسكنة مثل دهون الكالامين أو المنتول 1 - 2 % في كريم الكالامين، مفيداً.

14

الاضطرابات النفسية والطب السريري

Psychiatric disorders and clinical medicine

مقدمة INTRODUCTION

كل طلاب الطب والأطباء سوف يتعرضون لمرضى باضطرابات نفسية، ومن الضروري أن يتم تمييزهم.

ويجب أن نتذكر بأن الاضطرابات العقلية لا يمكن فصلها عن الصحة العامة وغالباً ما يعكس العقل اضطرابات فيزيولوجية و vice versa.

سوف يراعي هذا الفصل الاضطرابات النفسية الأكثر صلة بالأطباء وللوصول الى قائمة أكثر كمالاً انظر الجدول 1 - 14.

الجدول 1 - 14 : تصنيف الاضطرابات العقلية والسلوكية*
1. الاضطرابات العقلية العضوية: تتضمن مرض الزهايمر والعتاهة الوعائية ومتلازمة فقد الذاكرة عضوية المنشأ والهذيان (غير المرتبط بالكحول) والاضطرابات العقلية والشخصية والسلوكية الناجمة عن أذية الدماغ.
2. الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن المواد الفعالة نفسياً.
3. الفصام والاضطرابات التوهمية والفصامية الطابع (schizotypal).
4. اضطرابات المزاج (الوجدان): تتضمن الهوس واضطرابات الوجدان ثنائية القطب والاكتئاب.
5. الاضطرابات العصابية المرتبطة بالشدة (stress) وجسدية الشكل (somatoform): تتضمن الرُهابات والقلق والوسواس القهري والاضطرابات الافتراقية واضطرابات التكيف مع الشدة.
6. المتلازمات السلوكية المترافقة مع اضطرابات فيزيولوجية وعوامل فيزيائية: تتضمن اضطرابات الأكل والنوم غير العضوية وعسر الوظيفة الجنسية غير العضوي وسوء استعمال مواد منتجة لا تؤدي إلى اعتماد عادة.
7. اضطرابات الشخصية والسلوك عند البالغين، تتضمن اضطرابات الشخصية واضطرابات هوية الدافع الجنسي واضطرابات التفضيل الجنسي.
8. التخلف العقلي.
9. اضطرابات التطور النفسي ، تتضمن اضطرابات الكلام واللغة والقراءة والتوحد الطفلي autism.
10. اضطرابات عاطفية وسلوكية مع هجمة غالباً ما تحدث في الطفولة والمراهقة: تتضمن اضطرابات فرط الحركة واضطرابات العرُة (Aic).
11. اضطرابات عقلية غير محددة.
* ماخوذة عن تصنيف الـ ICD 10 للاضطرابات العقلية والسلوكية.

الهذيان DELIRIUM

للهذيان أو الارتكاسات العضوية الحادة بداية مفاجئة مع اضطرابات في جوانب متعددة من الوظائف النفسية. لمعرفة الأسباب انظر جدول 2 - 14.

الجدول 2 - 14: أسباب الهذيان
سمي. مثل الكحول أو الأدوية، بالانسمام أو بالسحب.
خمجي. مثل ذات الرئة والتهاب السحايا والايدز.
دماغي. مثل الحادث الوعائي الدماغي CVA والنزف تحت الجافية.
اختلال توازن الكهارل المنحلة، مثل فرط كلس الدم ونقص صوديوم الدم.
استقلابي، مثل قصور الكبد.
ورم داخل القحف، أولي أو ثانوي.
نقص الأكسجة الدماغية، مثل قصور القلب أو التنفس.
الصرع مثل نوبة صرعية نفسية حركية أو حالة post-ictal.

الملامح السريرية

يمكن وصفها بواسطة نموذج مميز من تدهور وظائف استعرافية متعددة متضمنة:
• تغيّم الوعي. • تدهور الذاكرة خصوصا للمعلومات الجديدة. • اضطرابات الادراك وهي الأعظم شيوعاً. • بطء في عمليات التفكير والتي تكون مفككة وغير منظمة. • تغيرات المزاج: ارتباك، قلق، تغيرات نفسية حركية والتي من الممكن أن تختلف من هياج بحركات متكررة غير هادفة إلى سلوك حركي محدد لدى مريض يرقد جامداً في سرير.

الاستقصاءات • الحرارة. • FBC • U و E's • LFT's • وظيفة الدرق • CXR • فحص البول • EEG، CT، LP. • فحص الـ CSF. • الاختبارات المصلية للـ HIV.

التدبير يتم بمعالجة السبب المستبطن كالصادات لمعالجة الخمج وتصحيح اضطرابات الكهارل المنحلة. العناية التمريضية أمر هام ويجب أن تتم العناية بالمرضى في غرفة مضاءة جيداً ويجب تجنب المعالجة للركنة ما لم يكن المريض متضايقاً بوجود أو بدون خطر على النفس أو الآخرين.
العقاقير المستخدمة الأكثر شيوعاً هي المهدئات العصبية والتي تشمل الثيوريدازين والهالوبيريدول. ومع ذلك فإن هذه الأدوية يجب تجنبها عند مرضى الهذيان الارتعاشي أو في الحالات الأخرى المترافقة باختلاجات بسبب ازدياد خطر حدوث الصرع. والعقاقير المختارة عند هؤلاء المرضى هي البنزوديازيبينات كالكلورديازيبوكسايد أو الديازيبام.

DEMENTIA العتاهة

وهي ارتكاس عضوي مزمن يستلزم اضطراب دماغي واسع. يمكن تعريف العتاهة بأنها تدهور مكتسب شامل للذكاء والذاكرة والشخصية ولكن بدون تدهور الوعي، ومن المهم ادراك بأن الحالة ليست بالضرورة غير عكوسة.

جدول 3 - 14 : إمراضيات العتاهة
تنكس أولي، مثل الزهايمر وبيك ورقص هنتغنتون.
وعائي، مثل مرض وعائي دماغي.
استسقاء الدماغ ذو الضغط العادي.
التنشؤ Neoplasia.
الرضح، مثل مخزمة السُكر (punchdrunkenness).
استقبلابي، مثل قصور الدرق وقصور الكبد.
الأخماج، مثل الزهري والإيدز.
سمي، مثل الكحول.
نقص الفيتامين، مثل نقص B12.
نقص الأكسجة

اللامح السريرية بشكل سائد ليس على وجه الحصر يتميز اضطراب الكهل بانحدار عام في وظيفة العقل مع بطء في التفكير وضعف التركيز. يوجد غالباً تراجع في العفوية ونقص في مفردات اللغة.

تدهور الذاكرة الشامل هو صفة مميزة وغالباً ما يظهر باكراً، وتختلف خطورته بشكل كبير. يتدهور السلوك الاجتماعي بشكل تصاعدي وهناك في الغالب عدم استقرار عاطفي وتشويه مبالغ فيه أو فقدان لسمات الشخصية.

الاستقصاءات • يجب أن توجَّه لتحديد السبب المستبطن بالإضافة إلى تأكيد التشخيص وخطورته وتتضمن • FBE، U و E's، ووظيفة الدرق • CXR • CT scan للدماغ • الفحوص المصلية للزهري و HIV • النمولات و B12 • EEG • الاختبارات النفسية مثل مقياس وكسلر Wechsler لقياس الذكاء عند البالغين (WAIS)، وهي مفيدة في تحديد الخطورة والاستجابة للعلاج. • يميّز عادة العَتَهْ ما قبل الشيخي presenile والذي يحدث قبل عمر الستين عن العَتَهْ الشيخي. فالأول نادراً ما يستقصى بشكل كامل على خلاف الآخر. تقريبا 5% من الحالات تكون عكوسة كلياً أو بشكل ملحوظ.

التدبير تصحيح أي سبب مستبطن - إن وجد - بالإضافة إلى دعم اجتماعي وعائلي. يجب أن تشتمل المعالجة بالأدوية بشكل ضئيل ويجب أن تستخدم فقط في علاج هجمات الفوضى أو الهياج مثل الثيوريدازين.

تم تطوير عدد من العقاقير الجديد لتحسين الوظائف العقلية ولكنها في الوقت الحاضر ما تزال قيد التجريب.

اعتلال الدماغ لـ فيرنيكه Wernicke ومتلازمة كورساكوف Korsakoff

ينجم الاعتلال الدماغي لفيرنيكه عن نقص الثيامين الغذائي وغالباً ما يحدث عند الفوليّين. يتميز بالتخليط الذهني وعدم التوجه وتدهور الذاكرة. قد توجد ملامح أخرى مثل شلل عضلات العين والرارأة والرنح واعتلال الأعصاب المحيطي. وحالما يوضع التشخيص فإن المعالجة الوريدية بالثيامين (50 مغ) تكون ملحة وجوهريّة ومن الممكن أن تؤدي لتحسّن ملموس.

يؤدي الفشل في تمييز اعتلال فيزنيكه إلى حالة مزمنة هي متلازمة كورساكوف والتي تتميّز بتدهور عويص في الذاكرة وخصوصاً للأحداث الحالية وتقريباً إلى عدم قدرة شاملة على اكتساب معلومات جديدة. المحادثة بدون كلفة confabulation هي عرض شائع.

الفصام SCHIZOPHRENIA

تتميز الاضطرابات الفصامية بانحرافات أساسيّة في التفكير والادراك مع وجدان غير ملائم. يبقى الوعي ومستوى الذكاء على حالهما. تُعتبر صعوبة التفكير أو إحساس الشخص بفقده التحكم بأفكاره معياراً مفتاحياً. تتضمن الأعراض الأخرى: إهلاسات سمعيّة، توهمات ثابتة، تغيرات المزاج (مثل العواطف غير المناسبة أو المتبلدة)، اللامبالاة والانسحاب الاجتماعي. قد تختلف خطورة هذا الاضطراب بشكل ملحوظ ويعتبر التشخيص أساسي كما تعتبر المعالجة النفسية النوعية هامة.

اضطرابات المزاج MOOD DISORDERS

تتميز باضطرابات أساسية في المزاج، غالباً اكتئاب أو زُهو (هوس)، مصحوبة بتغيّرات في التفكير ووجهة النظر والسلوك. تغيرات المزاج يمكن أن تكون أحادية القطب إما هوس أو اكتئاب، أو ثنائية القطب تتناوب بينهما. تختلف خطورة الاضطراب بصورة واسعة، وتترافق الأشكال الأكثر خطورة بأعراض نُفاسية مع توهمات ومن الممكن وجود إهلاسات أيضاً. من المهّم تمييز الحالة وتقديم معالجة نفسية نوعية.

ACUTE STRESS REACTIONS ارتكاسات الشدة الحادة

وهي اضطرابات عابرة تخمد خلال ساعات أو أيام وتحدث بصورة استثنائية استجابة لحالة شدّة فيزيائية أو عقلية. هناك اختلاف كبير في حساسية الأفراد وقدرتهم على الكفاح بعد شدّة حادّة. يبدأ الارتكاس النموذجي بحالة انبهار وتضيّق في الانتباه وعدم القدرة على فهم المثير وعدم توجّه. ومن الممكن أن يتبع بانسحاب وهياج وفعالية زائدة. ويمكن أن توجد مظاهر عصبية ذاتية ودّية كتسرّع القلب والتعرّق. يختلف هذا الاضطراب عن اضطراب الرضّ ما بعد الشدّة والذي ينشأ كاستجابة متأخرة كحادث استثنائي ومهدّد. تتضمن الأعراض السريرية للأخير لقطات من الماضي (Flashbaks) أو أحلام مع خلفية من الخدَر (اللامبالاة) العاطفي والانعزال الاجتماعي وتجنب للحالة من المحتمل أن يعيد إلى الحياة ذكريات الرضّى ومعالم فرط الإثارة.

Adjustment Disorders اضطرابات التكيف

هي حالات من الضيق الذاتي والاضطراب العاطفي التالي لتغيّر حياتي ذو دلالة أو حدث حياتي مليء بالشدّة. ومرة أخرى هناك حساسيّة (قابلية للعطب) من الفرد تجاه محيطه، وتتضمن الأعراض مزاج مكتئب وقلق واحساس بعدم القدرة على الكفاح سواء في الحاضر أو في المستقبل. يُميّز السلوك المثير للاهتمام (المسرحي) بشكل ملحوظ ولكنه ليس شائعاً. تعتبر الظواهر النكوصيّة في الأطفال مثل تبليل الفراش أو مصّ الابهام شائعة. البداية عادة خلال 4 اسابيع من الحادث المليء بالشدة ويستمر عادة لمدّة لا تزيد عن 6 أشهر.

EATING DISORDERS اضطرابات الطعام

وتشمل متلازمتين مختصرتين واضحتين: القهم العصبي والنهم العصبي.

ANOREXIA NERVOSA القهم العصبي

يتميز القهم العصبي بخسارة وزن يتعمد المريض إحداثها بشكل شائع عند الفتيات المراهقات والنساء الشابات ولكنه غالبا ليس مقصورا عليهم.
ومع أن السبب ما يزال مجهولاً فإنّ العوامل الثقافية هي هامة بدون شك.

يترافق الاضطراب مع سوء تغذية ذو خطورة متنوعة ومع تغيرات ثانوية غدية صماوية واستقلابية واضطرابات في الوظيفة الجسمية. يشمل المعيار التشخيصي والذي يجب أن يكون محققاً هو نقص الوزن المتعمد بنسبة على الأقل 15 % تحت القيمة المتوقعة ويكتسب عادة عن طريق تجنب الأطعمة الدهنية.

وتتضمن الملامح الأخرى المعتبرة: الاقياء والاسهال المحدثين ذاتياً، استعمال كابتات الشهية أو مدّرات البول، التمارين المفرطة.

هناك تشوه في صورة الجسم مع فزع من البدانة يستمر كتقييم مبالغ به عند مريض يفترض عتبة وزن منخفض لنفسه. ربما يوجد سلوك سرّي. لا يظهر المرضى بشكل غير شائع اختلاطات جسديّة كالضهي الثانوي وخسارة الوزن غير المفسّرة وألم بطني متصاحب مع عادات طعامية غير سوية يكرهها المريض.

النهم العصبي BULIMIA NERVOSAL

يتميز النهم العصبي بنوبات متكررة من الافراط في الطعام مع انشغال زائد بالتحكم في وزن الجسم واتخاذ الإجراءات لتخفيف آثار الطعام المتناول.

يرتبط النهم العصبي بشكل وثيق بالقهم العصبي مع فارق بأن الوزن فيه يكون ± 15% عن الطبيعي، وربما تحدث الاقياء المتكرر إلى اضطرابات شديدة بالكهارل المنحلة مؤدية إلى اختلاطات تتضمن اللانظيمات القلبية والتكزز والصرع والضعف.

اضطرابات الشخصية PERSONALITY DISORDERS

يتبع اضطرابات الشخصية كنتيجة لا بدّ منها اضطرابات خطيرة في سلوك الفرد وبنيته الجسدية وتترافق عادة مع تمزق شخصي واجتماعي.
تظهر هذه الاضطرابات عادة في الطفولة المتأخرة والمراهقة وتستمر في حياة الراشد.
العديد من النماذج المميزة جيداً تمت مشاهدتها متضمنّة: • اضطراب الشخصية الزورانية مع حساسيّة مفرطة وميل إلى حمل الأحقاد، الشك وميل إلى الإحساس المفرط بأهمية الذات. • اضطراب الشخصية الفصامية مع فتور عاطفي وعزلة، يظهر لا مباليا للمديح أو الذم ويفضل الفعاليات الانعزالية. نقص في الصداقات الحميمة. • اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع dysocial يتميز بعدم اهتمام قاس بمشاعر الآخرين ولا مسؤولية كاملة وتحمّل قليل للاحباط. • اتهام وعدائية وميل واضح لاتهام الآخرين. • اضطراب الشخصية الهستريائية تتصف بالتصنّع وتقبّل الإيحاد مع وجدان ضحل وغير مستقرّ. مفرط الاهتمام بالجاذبية الجسدية مع بحث مستمر عن الإثارة.

15

طب العناية المشددة
Intensive care medicine

الاضطراب الحاد في الوظيفة الهيموديناميكية (الصدمة Shock)

ACUTE DISTURBANCE OF HAEMODYNAMIC FUNCTION (SHOCK)

يصف هذا المصطلح القصور الدوراني الحاد الذي يؤدي إلى نقص أكسجة خلوية ناجم عن تروية النسج المضطربة أو غير الكافية. (الجدول 1 - 15).

الجدول 1 - 15: أسباب الصدمة

قلبية المنشا	عادة تالية لداء القلب الاقفاري IHD قصور الدوران المحيطي
نقص الحجم	النزف، الحروق، الانتان، التاق (التحسس)
سوية الحجم	التحويلات الشريانية الوريدية، التوسع الوريدي المنتشر
ميكانيكية	الصمة الرئوية الكتلية، الصطام القلبي

الفيزيولوجيا المرضية ينتج عن الصدمة انخفاض الضغط والذي يؤدي إلى تنبيه مستقبلات الضغط والمستقبلات الكيماوية وهذا يزيد اشارات الجهاز العصبي الوركي ويحث تحرير الكاتيكول أمينات من لب الكظر. إن هذا يؤدي إلى زيادة في سرعة القلب وفي قدرته الانقباضية وفي المقاومة الجهازية، والى انخفاض السعة الوريدية في محاولة للمحافظة على العدد الوريدي للنتاج القلبي وبالتالي ضغط الدم. هرمونات عديدة تتحرر أيضاً استجابة للصدمة بما فيها ACTH - GH - ADH - الاندروفينات - الكورتزول - الالدوسترون والغلوكاغون وأيضاً أنوع عديدة من البروستاسايكلين والانزيمات الليبوزمية (الحالة للدسم).

إن هذه الوسائط تكون مفيدة فقط عندما توجه بشكل موضعي ضد الانتان أو الأذية النسيجية، ولكن عندما لا يسيطر على تحررها وتنتشر بشكل واسع فإن الأذية النسيجية سوف تحصل مؤدية إلى قصور في أعضاء عديدة (الرئتان - ARDS - قلب - كلية - الجهاز الهضمي والدماغ).

المظاهر السريرية تعتمد المظاهر على سبب الصدمة ولكنها تشمل عادة أعراض نقص تروية الجلد (برودة، شحوب، رطوبة، زرقة)، اضطراب الوعي، فقد حس الذوق، شح البول، تسرع القلب، انخفاض الضغط، تعرق وارتفاع حرارة، عرواءات. تزداد نسبة حدوث الحماض عندما تتطور الصدمة بتسارع قصور الأعضاء المتعددة. في البداية يمكن المحافظة على الضغط الشرياني (خاصة عند الشبان) لكن هبوط الضغط سوف يحدث مع تطور الصدمة.

الاستقصاءات • المراقبة الواسعة تكون عادة مطلوبة • قثطرة وريدية • مدخل وريدي مركزي • قثطرة بولية • قياس نتاج القلب • قبط وتسليم الأوكسجين • الأوكسجين

الوريدي المختلط • دراسات التخثر الدموية المنشأ القاعدية • شوارد بولة • كرياتنين • وظائف كبد - سكر - لاكتات • زروع دم - CKR - ECG.

التدبير الانعاش الباكر والكثف ضروري. يجب المحافظة على طريق هوائي داعم ويزود المريض بأوكسجين داعم لتامين اكسجة نسج كافية والتهوية.

يجب تصحيح العامل المسبب للصدمة مثال (يوقف النزف او معالجة الانتان) تغطية بالصادات واسعة الطيف غالباً ما تكون ضرورية ويجب ان تكون ضرورية ويجب أن تكون محصورة عندما تكون نتائج الزرع والتحسس متوفرة.

من الضروري تعويض حجم السوائل عبر القثطرة ويجب مراقبة تأثيراته. وهكذا فإن النتاج القلبي والضغط الشرياني يستعاد. إن اختيار السوائل التعويضي الحجم هو عادة الكولويد (colloids) او بالدم عند الحاجة. تفقد المحاليل الكريستالية بسرعة من الدوران.

العوامل المقوية الداخلية مثل الادرينالين والنورادرينالين او الدويبوتامين تستخدم للمحافظة على القلوصية القلبية ويستخدم الدوبامين والدوبيكسامين لتحسين جريان الدم في الكلية.

المعالجة بالموسعات الوعائية مثل نتروبروسيد الصوديوم . نتروغلسرين . هيدرالازين . الايزوسوربيد داي نترات يمكن ان تستخدم في الصدمة قلبية المنشأ لزيادة حجم الدفقة وزيادة الجريان الاكليلي لكن استخدامهم يحتاج لمراقبة حذرة.

يحتاج للريض النموذجي الى تهوية اصطناعية وديال دموي وقد نحتاج إلى TPN. تقييم لـ PH عبر المخاط يتيح لنا تقييم كفاية أكسجة النسج.

DVT وقائياً وخفض لـ PH المعدة (عوامل حصر H2) عادة ما تستخدم. ومن الحيوي وجود مراقبة تحريضية شديدة.

القصور التنفسي RESPIRATORY FAILURE

ص 371

متلازمة الشدة التنفسية عند البالغين ADULT RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME (ARDS)

ص 82

16

الاستقصاءات الطبية

Medical investigations

LFTS اختبارات وظائف الكبد

يُستخدم تعبير اختبارات وظائف الكبد لتجسيد مجموعة التحاليل الكيماوية الحيوية والتي تعكس الأمراض الكبدية الصفراوية أكثر من عكسها للوظيفة الكبدية الصرْفة. الشذوذات في التحاليل المُقاسة شائعة، ولا تشير دوماً لأذية الكبد، لأنه ربما سببت الاضطرابات الأخرى كالإنتانية وقصور القلب اختلالاً. يرتكز أحد أشيع تصنيفات اضطرابات الكبد على اليرقان (بمعنى اليرقان الانسدادي مقابل اليرقان الخلوي الكبدي) وعليه ترتكز الخطوة الأولى في التفريق على كون اختبارات وظائف الكبد تشير للنموذج الكبدي أم الانسدادي.

الأذية الكبدية Hepatitic damage

تمتاز الأذية الكبدية من الناحية الكيميائية الحيوية بشذوذ في مستويات ناقلات الأمين في المصل. ناقلا الأمين المُقاسان والأكثر شيوعاً هما الأسبارتات (AST أو SGOT) والآلانين (ALT أو SGPT). الناقل الأخير أكثر نوعية للأذية الكبدية. تُصادف المستويات العالية في الأذية الكبدية نتيجة تسربها من الخلايا الكبدية.

السببيات تتضمن: التهاب الكبد (الحموي، أو المنيع للذات، أو الكحولي)، التسمم بالباراسيتامول، فرط الحساسية الدوائية (مثل هيدرالازين، إيزونيازيد، ميثيل دوبا)، قصوراً دورانياً، داء ويلسون.

الركود الصفراوي Cholestasis

يؤدي انسداد الشجرة الصفراوية لارتفاع الفسفاتاز القلوية في المصل. يرتفع هذا الإنظيم أيضاً في أمراض العظام، البلوغ، الحمل، مع الإشارة لإمكانية تحديد النسيج الأصلي بعد تحليل الإنظيمات الإسوية. في معظم الحالات تترافق الشذوذات في الفسفاتاز القلوية الكبدية بارتفاع مستويات ناقلة ببتيد الغاماغلوتاميل (ترانسببتيداز) (γ GTP). يُشير ترافق مستويات شاذة من ناقلة ببتيد الغاماغلوتاميل (ترانسببتيداز) مع مستويات سوية من الفسفاتاز القلوية لوجود سرف الكحول غالباً. تُصادف المستويات العُليا من الفسفاتاز القلوية في الانسداد الصفراوي غير التّام.

السببيات تتضمن:

- الخصيات الصفراوية (تحصّي الصفراء).
- سرطان المعثكلة.
- التشمع الصفراوي الأوّلي.
- التهاب الأوعية الصفراوية المُتصلّب.
- أمراض الكبد النقيلية.

قصور الكبد Hepatic failure

للكبد مخزون وظيفي مهم، ولا يحدث قصور الكبد إلا بعد الأذية الكبيرة فقط. تشتمل الشذوذات الكيميائية الحيوية المرافقة لقصور الكبد على نقص ألبومين الدم، الاعتلال التخثري، اليرقان. كثيراً ما توجد الملامح السريرية للاعتلال الدماغي والحبن بشكل مترافق.

فرط بليروبين الدم المعزول Isolated hyperbilirubinaemia

السبب الأشيع لفرط بليروبين الدم، والذي يكون ارتفاعه أصغرياً عادة، هو متلازمة جلبرت، والتي تصيب 3 - 5% من السكان. يكون البليروبين في هذه الحالة غير مقترن، ويزداد بالصيام والكرب، ولا يترافق بأيّ شذوذ آخر في اختبارات وظائف الكبد.

التحاليل الأخرى المجراة لتقييم الكبد:

- البروتين الجنيني ألفا: يرتفع في السرطانة الخلوية الكبدية.
- الفيريتين: يرتفع بشكل كبير في الصُباغ الدموي.
- السيرولوبلزمين: منخفض أو غائب في داء ويلسون.
- مضاد التربسين ألفا (1): منخفض أو غائب في عوز $\alpha1$ أنتي تربسين.
- IgG: يرتفع في التهاب الكبد المزمن الفعّال.
- IgM: يرتفع في التشمع الصفراوي البدئي PBC.
- IgA: يرتفع في مرض الكبد الكحولي.

الحُماض ACIDOSIS

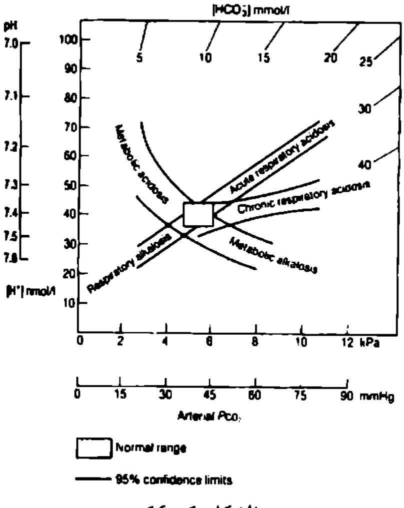
الحُماض: هو وجود كميات فائضة من شوارد الهيدرجين في سوائل الجسم، والذي يمكن تقسيمه إلى فئتين: تنفسي واستقلابي (الشكل 1 - 16).

الحُماض التنفسي

يحدث نتيجة تراكم غاز ثاني أكسيد الكربون بشكل ثانوي لانخفاض تصفيته الرئوية. وتتضمن أسبابه: أمراض الرئة الانسدادية المزمنة، المركنات، الحادث الوعائي المخّي CVA (السكتة)، أمراض الرئة المزمنة، انسداد المسالك الهوائية، الربو الحاد الشديد، الأمراض العصبية العضلية.

الملامح السريرية تخليط، توسع وعائي مع سخونة الأطراف، وذمة الحليمة البصرية، اللاثباتية.

التدبير تحسين التهوية بمعالجة التشنج القصبي أو انسداد المسالك الهوائية، مُعاكسة المركنات أو المرخيات العصبية العضلية. ربما كانت هناك حاجة للتنبيب والتهوية الصنعية في الحالات الشديدة الحادة.



الشكل 1 - 16

الحُماض الاستقلابي Metabolic acidosis

ينجم عن انخفاض شوارد البيكربونات في سوائل الجسم، والناجم عادة عن تعديل البيكربونات بحموض مثل حمض اللاكتيك (الجدول 1 - 16) أو الأجسام الكيتونية أو مواد خارجية المنشأ مثل الساليسيلات (الصفصافات) إيتلين غليكول، إيتانول. وفي مثل هذه الظروف نُصادف زيادة في فضوة الشوارد [الصوديوم - (البيكربونات + الكلور) >12 ميلي مول/ل]. هذا ويترافق الحُماضِ الاستقلابي في ظروف مُعينة مع فضوة شوارد سوية. وعندها يكون السبب في ذلك هو فقد البيكربونات من الكلية أو السبيل المعدي المعوي.

الجدول 1 - 16، أسباب الحُماض اللبني	
المجموعة أ	الصدمة الناجمة عن أي سبب، القصور التنفسي، التسمم بالسيانيد أو أول أكسيد الكربون، فقر الدم الشديد.
المجموعة ب	الداء السكري، قصور الكبد، الخمج الشديد، أورام خبيثة (لمفوم/ابيضاض)، نوب، أدوية (بيغوانيد، ستربتوزتوسين، الساليسيلات، إيزونيازيد، فركتوز، سوربيتول)، ذيفانات (إيتانول، ميتانول)، عيوب ولادية في الإنظيمات.

اللامح السريرية فرط التهوية، صدمة، غثيان، قُياء، قهم، سبات.

التدبير تصحيح الشذوذ المستبطن مثل: الإسهال، الحُماض الكيتوني، أو القصور الكلوي بمعالجة التجفاف بالسوائل الوريدية. ووضع المريض على الديال أو معالجته بالأنسولين طالما وجدت حاجة لذلك. يجب اخذ المعالجة بالبيكربونات (1.26%) بعين الاعتبار في حالات قليلة فقط، وذلك عندما يكون الحُماض شديداً (الباهاء < 7.1) ويُعطى القليل من البيكربونات فقط لتصحيح الحُماض (وهذا يعني الباهاء > 7.2). ينخفض مستوى البوتاسيوم في المصل أثناء إعطاء البيكربونات، ولهذا تجب مناطرة مستوى البوتاسيوم جيداً. يُستطب إعطاء البيكربونات ذات التركيز 8.4% فقط أثناء توقف القلب.

القلاء ALKALOSIS

القلاء التنفسي Respiraloty olkalosis

تؤدي التهوية الرئوية الزائدة عن المطلوب والهادفة لإبعاد غاز ثاني أكسيد الكربون إلى حدوث قلاء تنفسي ناجم عن انخفاض الضغط الشرياني لغاز ثاني أكسيد الكربون. الأسباب موجودة في الجدول (2 - 16). من الشائع مصادفة صورة مشتركة لقلاء تنفسي مع حُماض استقلابي في حالات الإنتان، والتسمم بالساليسيلات وقصور الكبد.

الجدول 2 - 16: أسباب القلاء التنفسي
فرط التنفس الهُراعي (الهيستيري).
التهوية المُساعدة - فرط التهوية.
ذات رئة فصية، انصمام رئوي.
التهاب السحايا، التهاب الدماغ.
تسمم بالساليسيلات.
قصور الكبد

اللامح السريرية تنفس عميق وسريع، تكزُّز، مَذَل، وخاصة حول الفم وفي الأطراف، خفة الرأس ووهط دوراني.

التدبير يجب توجيه الجهود نحو السبب. يجب تأمين تركين مناسب. وجعل المريض يتنفس داخل كيس من الورق عند المصابين بفرط التنفس الهُراعي (فرط التهوية النفسي).

القلاء الاستقلابي Metabolic alkalosis

ينجم عن ارتفاع مستوى البيكربونات في المصل، والذي يحدث عادة بسبب فَقْد الحمض من المعدة أو من السبيل الكلوي. يؤدي تقلص الحجم الناجم عن إعطاء كميات فائضة

من المدرّات لحدوث قلاء، وكذلك تؤدي نقص البوتاسمية لحدوث القلاء عن طريق زيادة عودة امتصاص البيكربونات. تؤدي فرط الستيرويدات المعدنية، سواء الداخلية أم الخارجية المنشأ، لحدوث قلاء استقلابي.

اللامح السريرية غير نوعية عادة: تكزُّز، استثاريَّة عصبية عضلية، وسن، هذيان وذلك في الحالات الحادة الشديدة.

> **التدبير** بعد معالجة السبب المستبطن مثل انسداد البواب. يجب إعطاء إضافات من البوتاسيوم. وإيقاف التناول غير المضبوط للمبيلات. قد يُستطب إعطاء سوائل حامضية حاوية على كلوريد الأمونيوم 70 ميلي مكافيء/ل احياناً.

فرط الكلسمية HYPERCALCAEMIA

الشكل الهام فيزيولوجياً من الكلسيوم في الدم هو الشكل المتشارد، ولكن من النادر مقايسة هذا الشكل. يجب تصحيح الكلسيوم الكلي عند تشاركه مع نقص ألبومين الدم بإضافة 0.1 من الكلسيوم لكل 5 غ/ل من الألبومين تحت 40 غ/ل.

السببيات أكثر من 90% من الأسباب ناجمة عن فرط الدريقية الأوّلي، أو الخباثة مثل السرطانة القصبية الحرشفية الخلايا. تنجم معظم حالات فرط الكلسمية المتعلقة بالأورام عن ببتيد ذي فعالية مشابهة لفعالية PTH (هرمون الدريقات)، رغم احتمال مسؤولية النقائل العظمية وهرمون PTH المنتبذ بشكل نادر.

تتضمن الأسباب الأخرى لفرط الكلسمية: الغرناوية، الانسمام الدرقي، داء أديسون، متلازمة اللبن والقَلَوي، داء باجيت (عند عدم التحرُّك)، علاجي المنشأ (المعالجة بفيتامين د أو بأدوية مثل الثيازيدات).

اللامح السريرية لا أعراضية غالباً، تكتشف عند إجراء استقصاءات كيماوية حيوية: ضعف، إمساك، تخليط، قهم، مغص كلوي، تعدد بيلات، بُوال ليلي، عُطاش، اعتلال عضلي داني.

الاستقصاءات • معايرة الكلسيوم المتشارد إذا كان ذلك متيسراً. • معايرة كلسيوم البول في 24 ساعة. • مُقايسة البارثورمون. • تصوير الدريقات بفائق الصوت.
• الاستقناء (إدخال قنية) الانتقائي للوريد الرقبي مع مقايسة البارثورمون. • تقصّي الخباثة.

> **التدبير** تستجيب فرط الكلسمية الخفيفة جيداً على الفسفات الفموي بمقدار 1 - 2 غ/يوم. قد يسبب اسهال يجب معالجة الحالات المتوسطة أو الشديدة من فرط الكلسمية بإعطاء سوائل وريدية (6 - 8 ل/يوم). نحتاج لتقديم إضافات من البوتاسيوم عادة. إن مركب الـ diphosphonates الوريدي (etidronate 7.5 مغ/كغ/يوم لمدة 3 ايام) فعال في فرط الكاليسيوم الناتج عن

الخباثة. فرط الكاليسيوم الناتج عن ورم النقي، الساركوئيد، زيادة فيتامين D يستجيب على البريدنيزولون. ربما كانت هناك حاجة لمعالجة إضافية بالفروسميد الوريدي، البريدنيزولون 20 - 40 مغ/يوم، الميترامايسين Mithramycin والفسفات. ربما عكست معالجة السبب المستبطن حالة فرط الكلسمية.

فرط البوتاسمية HYPERKALAEMIA

يمثل مستوى البوتاسيوم الذي يزيد عن 5.5 ميلي مول/ل حالة طبية طارئة، ربما كان ناجماً عن خلل إفراغ البوتاسيوم كما في: القصور الكلوي الحاد، إعطاء المبيلات الحافظة للبوتاسيوم المترافق مع وجود خلل في الكلية، نقص الألدوستيرونية، قصور الكظر، المدخول الفائض من البوتاسيوم المترافق مع وجود خلل في الكلية، عدم التوازن في التوازن الداخلي للبوتاسيوم كما في الحماض الكيتوني السُكري، انحلال الدم، انحلال العضل المُخطَط.

الملامح السريرية لا أعراضية غالباً. ربما كان هناك ضعف عضلي، لكنّ الملامح الأكثر أهمية هي وجود خلل توصيلي في القلب مع لانظميات والذي يؤدي لتوقف الانقباض.

الاستقصاءات • بوتاسيوم المصل. • تحليل غازات الدم الشرياني. • تخطيط كهربائية القلب. • تصفية الكرياتينين. • إفراغ البوتاسيوم في البول. • يُوحي انخفاض الإفراغ البولي عند مرضى فرط البوتاسمية بوجود قصور كلوي، نقص ألدوسترونية سويّ الإفراغ، تسرب البوتاسيوم من النسج عالي الإفراغ.

التدبير

- 10 مل من غلوكونات الكلسيوم 10% وريدياً.
- 15 وحدة انسولين منحل في 50 مل من الدكستروز 50%.
- 15 غ ريزونيوم الكلسيوم 3 مرات /يوم عبر الفم أو المستقيم.
- 100 مل من البيكربونات 1.26% خلال 60 دقيقة وريدياً.

ربما استطب الديال الدموي الفوري لضبط فرط البوتاسمية، وخاصة عند المصابين بقصور كلوي. تحديد ومعالجة السبب، كإبعاد السبيرونولاكتون عند المصابين بخلل متوسط في وظيفة الكلية هو امر اساسي.

نقص البوتاسمية HYPOKALAEMIA

قد ينجم مستوى البوتاسيوم في المصل < 3.5 ميلي مول/ل عن فقدانه المفرط عبر الكلية، كما في حالة المعالجة بالمبيلات أو عوز البوتاسيوم، أو فقدانه من السبيل المعدي المعوي في حالات الإسهال، والقياء مثلاً، أو نتيجة عدم التوازن الاستقلابي الذي يحدث في القلاء، أو عند المعالجة بالأنسولين أو في الشلل الدوري، كما يمكن مصادفة حالات نقص

البوتاسمية بشكل تالٍ لأسباب صمّاوية كفرط الألدوستيرونية، أو متلازمة بارتر، أو متلازمة كوشينغ (نقص بوتاسمية شديد مع إفراز منتبذ لـــ ACTH).

اللامح السريرية ضعف عضلي، تعدُّد البيلات، تغيرات على مخطط كهربائية القلب تتضمن موجات U وموجات T مسطحة، علوص Ileus.

الاستقصاءات • معايرة بوتاسيوم المصل، كمية البوتاسيوم في بول 24 ساعة (انخفاض الكمية يدعو للتفكير بوجود نقص في المدخول أو فقدانات معدية معوية، بينما توحي الكمية المرتفعة من البوتاسيوم في البول بوجود سبب كلوي أو بوجود فرط ألدسترونية).
• تخطيط كهربائية القلب.

> **التدبير** معالجة السبب المستبطن كالقياء، أو إيقاف المعالجة بالمبيلات، أو إعطاء إضافات من كلور البوتاسيوم، أو إعطاء مبيلات حافظة للبوتاسيوم. يجب إعطاء كلور البوتاسيوم وريدياً إذا كان نقص البوتاسمية شديداً، أو في حال القياء دون إمكانية تناول إضافات كلور البوتاسيوم فموياً، مع الإشارة لضرورة عدم تجاوز سرعة الإعطاء الوريدي لـ 20 ميلي مول/ساعة.

نقص الصودمية HYPONATRAEMIA

أشيع تصادفاً من فرط الصودمية، وبالتعريف: نقول بوجود نقص الصودمية (نقص صوديوم الدم) إذا كان مستوى الصوديوم في المصل <135 ميلي مول/ل. يشير نقص الصودمية لوجود زيادة نسبية في ماء البدن وعليه فيمكن تقسيمه لثلاثة أنماط:

• مفرط الحجم Hypervolaemic: قصور القلب الاحتقاني، التشمع، المتلازمة الكلائية، يكون صوديوم البول في الحالات السابقة منخفضاً (<10ميلي مول/ل). • ناقص الحجم Hypovolaemic: الإسهال، فقد دم متبوع بإعاضة بلّورانية Crystalloid لنقص الحجم. يكون صوديوم الكلية في هذه الحالات منخفضاً مقارنة مع الأسباب الكلوية الأوّلية مثل المعالجة المفرطة بالمبيلات، الإبالة التناضحية، أو قصور الكظر حيث يكون صوديوم البول مرتفعاً (>20ميلي مول/ل). • سويّ الحجم Normovolaemic: متلازمة الإفراز غير الملائم لـــ ADH (الفازوبرسين)(SIADH)، وجود خباثة (خاصة السرطانة القصبية الصغيرة الخلايا)، أمراض تنفسية كذات الرئة، أمراض الجهاز العصبي المركزي كالتهاب الدماغ، أدوية: كالأفيونات، الكلوربروباميد، الأدوية الثلاثية الحلقات، النيكوتين. قد يسبب قصور الكظر والوذمة المخاطية نقص صودمية سوي الحجم.

اللامح السريرية تخليط، وسن، قهم، نوب (اختلاج)، سبات في الحالات الشديدة.

الاستقصاءات • تقييم الدوران بحثاً عن علامات التجفاف، بما فيها قياس الضغط في وضعيتي الانتصاب والاستلقاء. • تحري وجود الجلد البض Tugor وقياس الضغط الوريدي

المركزي إذا وجد استطباب لذلك. • معايرة مستوى الصوديوم في المصل وكمية الصوديوم في بول 24 ساعة. • صورة الصدر البسيطة. • تحرّي القصة الدوائية.

التدبير تحديد حالة الإماهة وسببها المحتمل. يستجيب نقص الحجم للتسريب للحي، بينما يكون تقييد مدخول الماء ملائماً في حالات فرط الحجم وفي متلازمة الإفراز غير الملائم لـ ADH. ربما كان تسريب الألبومين مفيداً في التشمع وفي المتلازمة الكلائية. ربما استطب إعطاء ديمكلوسيكلين Demeclocycline بجرعة 0.9 - 1.2 غ يومياً بشكل اولي، والذي يؤدي لحدوث البوالة التفهة الكلوية المنشأ عند المرضى المصابين بمتلازمة الإفراز غير الملائم لـ ADH المقاوم. يُستطب في حالات نقص الصودمية الشديد المترافق مع سبات او نوب تأمين تسريب مضبوط لملح مفرط التوتر لرفع صوديوم المصل بمعدل 0.5 ميلي مول/ساعة. قد يؤدي التسريب السريع جداً لحدوث انحلال نخاعي جسري مركزي.

HYPERNATRAEMIA — فرط الصودمية

نقول بوجود فرط الصودمية (فرط صوديوم الدم) عندما يكون مستوى الصوديوم في المصل > 150 ميلي مول/ل، وينتج عن نقص في ماء البدن نسبة لصوديوم البدن الكلي.

المسببات

- فَقد كلوي للماء كما في البوالة التفهة، أو الإبالة التناضحية.
- فَقد خارج الكلية للماء كما في الحروق، أو فرط التهوية.
- أمراض الكظر مثل داء كون وداء كوشينغ.
- إعطاء الصوديوم بشكل مفرط أو نقص مدخول الماء (كما يحدث عند المريض غير الواعي).

الملامح السريرية تخليط، نوب، سبات، ربما حدث خثار مُخّي، أو نزف في حالات فرط الصودمية الشديد.

الاستقصاءات • مستوى الصوديوم في المصل، تركيز الصوديوم في البول وتركيز الصوديوم في بول 24 ساعة. • الأسمولية المصورية والبولية (أسمولية Osmolarity المصورة والبول). • ربما كانت مناطرة الضغط الوريدي المركزي مفيدة، وخاصة في تحديد كمية السوائل المعاضة. • يجب التفكير بالبوالة التفهة، وداء كون وداء كوشينغ.

التدبير يجب المعالجة بمبيلات العروة بالمشاركة مع التسريب البطيء للدكستروز 5% لضبط اسمولية المصورة في الحالات السوية الحجم. إعاضة السوائل عن طريق تسريب محلول دكستروزي - ملحي 0.45% مناسبة في حالات نقص الحجم. تتطلب معالجة مرضى البوالة التفهة القحفية إعطاء الفازوبرسين وريدياً/ عضلياً متبوعاً بإعطاء ديسموبرسين Desmopressin داخل الأنف، بينما يحتاج مرضى البوالة الكلوية البولية المنشأ لتقييد مدخول الصوديوم ومعالجة بالمبيلات التيازيدية.

الكيمياء السريرية

اضطرابٌ شائع يُعرَّف على أنّه زيادة في مستوى الكولسترول، و/أو ثلاثيات الغليسيريد في المصل عن المجال المَرْجعي للسكان. تُحْمل الشحميات في الدم بعدة أشكال: دقائق كيلوسية Chylomicrons: جزيئات غنية بثلاثيات الغليسريد الضخمة والتي تنقل الشحم من الأمعاء إلى النسج الدهنية والعضلات. بروتينات شحمية وضيعة الكثافة (VLDL). جزيئات صغيرة تنقل ثلاثي الغليسريد الداخلي المنشأ من الكبد، بروتينات شحمية خفيضة الكثافة (LDL): وهي جزيئات غنية بالكولسترول تشتق من (VLDL)، حالما تُستخلص ثلاثيات الغليسريد عن طريق بروتينات شحمية وسيطة الكثافة IDL، وبروتينات شحمية رفيعة الكثافة HDL : جزيئات صغيرة تحمل الكولسترول من الخلايا المحيطية إلى الكبد.

التعريف يحدد فرط شحميات الدم عادة تبعاً للشذوذات المتباينة في نسب الدقائق الكيلوسية، البروتين الشحمي الوضيع الكثافة. البروتين الشحمي الخفيض الكثافة، البروتين الشحمي الرفيع الكثافة

الجدول 3 - 16 : تحديد فرط شحميات الدم

النمط	الاسم	البروتينات الشحمية المرتفعة	القوت
I	فرط الدقائق الكيلوسية Hyperchylomicronaemia	الدقائق الكيلوسية	↓ الدهن
IIa	فرك الكولسترولية العائلي Familial Hypercholesterolaemia	البروتين الشحمي الخفيض الكثافة LDL	↓ الكولسترول ↓ الدهن المشبع
IIb	فرط شحميات الدم المختلط	البروتين الشحمي الخفيض الكثافة LDL ، البروتين الشحمي الوضيع الكثافة VLDL	↓ الكولسترول ↓ الدهن المشبع ↓ الوزن ↓ السكاكر
III	داء بيتا العريضة β Broad disease	البروتين الشحمي الوسيط الكثافة IDL	كما في IIb
IV	فرط ثلاثيات الغليسريد العائلي Familial hypertrigly ceridaemia	البروتين الشحمي الوضيع الكثافة VLDL	↓ السكاكر ↓ الوزن
V	I+IV	دقائق كيلوسية + البروتين الشحمي الوضيع الكثافة VLDL	↓ السكاكر ↓ الوزن

الأنماط IIa، IIb، IV أنماط شائعة: وتُعتبر عوامل خطر هامة في تطوّر العصيدة. ربما كان النمط IIa أوّلياً أو ثانوياً لقصور الدرقية، المتلازمة الكلائية، الركود الصفراوي. يؤدي فرط الشحميات لتشكّل القوس القرنوية، الصفروم الحدبيّ والوتري. يشيع ترافق النمط IIb مع الداء السكري، ويؤدي لتشكل قوس قرنوية ولويحة صفراء. ربما كان النمط IV

أوّلياً أو ثانوياً للداء السكري، السّمنة، الكحولية، ويؤدي لتشكُّل صفروم جلدي طفحي. النمط III نادر التصادف، ولكن يلاحظ تشاركه مع الصفروم الراحي. يحدث فرط شحميات الدم عند تناول العديد من الأدوية مثل التيازيدات ومحصرات البيتا.

التدبير معالجة المرض المستبطن، كإعطاء معالجة إعاضية بالتيروكسين في قصور الدرقية، وتحسين ضبط السكري، وتقليل الدخول من الكحول، والذي يعتبر إجراء قيّماً في التدبير. يجب تخفيض الوزن عند جميع المرضى السُمان. يجب تقديم نصائح قوتية. كما ويجب الإقلاع عن التدخين. نستخدم المعالجة الدوائية عندما تخفق المعالجة المحافظة. يعالج فرط كوليسترول الدم بالـ (statins أو resins) بينما يعالج فرط الشحوم الثلاثية في الدم بـ (fibrates، nicotinic acid، زيت السمك) فرط الشحوم في الدم المختلطة تعالج بـ (fibrates، statins، nicotinic acid).

التصوير الطبي MEDICAL IMAGING

إن التصوير المناسب يتيح تقييم سريع ودقيق لحالة المريض لكن كالعديد من الأدوات المستخدمة فإنها ليست دون مخاطر والاستخدام يتطلب معرفة الإجراءات ومحدودياتها. قد يساعد تفسير الطبيب تزويد بطاقة المريض بمعلومات دقيقة وواضحة.

المخاطر

مخاطر الاشعاع: تشمل الوراثية والجسمية - المخاطر الجسدية للتشخيص الشعاعي تشير إلى نشوء التسرطن. قد يكون التصوير بأشعة x مسؤولاً عن 200 - 500 من أصل 160.000 حالة وفاة سنوية بالسرطان في المملكة المتحدة يجب أن تكون جرعة التشعيع منخفضة قدر الإمكان.

قد يتعرض الجنين الآخذ بالتطور إلى أخطار مختلفة كنشوء التسرطن وتوقف تطور الدماغ الأمامي. كان هناك نصيحة سابقة بتحديد الفحص الشعاعي غير العاجل لاسفل البطن والحوض إلى ما بعد عشر أيام من الطمث (قاعدة العشر أيام) لكن الهيئة العالمية للوقاية الشعاعية صرحت أنه لا يوجد حدود خاصة للتعرض الشعاعي خلال الأربع أسابيع التالية لبدء الطمث.

مخاطر بيئة التباين: عادة ما تستخدم بيئة التباين كوسيلة مساعدة للتشخيص الشعاعي، وبالمصطلحات العامة فإن البيئة عالية الاسمولية تمتلك معدل اختلاطات 3- 4 % مقارنة مع البيئة منخفضة الأسمولية 1- 4 %. الاختلاطات المعتمدة مبينة في الجدول 4 - 16.

الجدول 4 - 16 : اختلاطات بيئة التباين
فرط الحساسية اليودية ـ التأتبية.
خلل وظيفة الكلية ـ خاصة الناجم عن النقيوم والسكري او التجفاف.
القصور الكبدي قد يسوء.
قصور قلبي.
صداع.
اختلاجات.
اعتلال دموي.
توقف قلبي ـ تالي لعسرة النظم او تشنج الشريان الاكليلي.
قد تعجل حدوث نوبة فقر دم منجلي عند الأشخاص للؤهبين.

التخدير البسيط Premedication

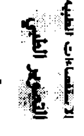
قد يكون ضرورياً القيام بالتخدير البسيط إذا كان الإجراء سيسبب انزعاجاً أو كان مطولاً.

التصوير الشعاعي البسيط PLAIN RADIOGRAPHY

تعد هذه التقنية الأشيع استخداماً في التشخيص الشعاعي للصدر والبطن، كما أن الصورة البسيطة للنظم تعد جزءا مهما من برنامج الاستقصاءات الروتينية. إن صور النسج الرخوة قد تكون مفيدة لاكتشاف الأجسام الأجنبية أو حصيات الكلية.

قد تكون الصور الزوجية مفيدة مثل الصور الشعاعية الشهيقية والزفيرية لكشف استرواح الصدر.

يسمح التصوير الطبقي بتحديد المناطق الموضعة بتصوير المنطقة في صورة ما قبل مختارة بعد.



التصوير المتباين CONTRAST RADIOGRAPHY

إن وجود الوسط المتباين يسمح بتصوير دقيق وواضح للموقع التشريحي. إن أبسط وسط متباين هو الهواء مثل (الشجرة التنفسية) وتسمح مشاركة الهواء مع الباريوم للدراسات المتباينة المضاعفة للأمعاء. يمكن استخدام سلفات الباريوم بمفرده لرؤية الأمعاء. في حين تستخدم مستحضرات اليود بشكل شائع في الجهاز البولي والطرق الصفراوية. والتصوير الوعائي لا يفيد التصوير الشرياني في تشخيص حالات تضيق الشريان الكلوي، النزف المعوي السفلي، مرض الشريان الاكليلي، الصحة الرئوية، الهات الدم الدماغية.

يبين الجدول 5 - 16 بعض الأمثلة الأخرى عن التصوير المتباين.

الجدول 5 - 16 : أمثلة عن التصوير المتباين		
الفحص	**الاستطبابات الشائعة**	**مضادات استطباب خاصة**
اللقمة الباريتية	عسرة الهضم، عسرة البلع، نقص الوزن	انسداد امعاء كامل
ERCP	• انسداد صفراوي كبدي خارجي • التصلب • التهاب الأقنية الصفراوية • التهاب البنكرياس للزم	• عمل جراحي سابق على للعدة • مرض رئوي قلبي شديد
IVU التصوير البولي عبر الوريد	القولنج الكلوي سرطان المجاري البولية بيلة دموية	تجفاف
التصوير الوريدي للطرف السفلي	الوذمة مجهولة السبب الخثار الوريدي العميق	انتان موضع

RADIONUCLIDE IMAGING — التصوير بالنظائر المشعة

وهذا يشمل تناول النظائر المشعة المطلقة للغاما، عادة التيكنيتيوم 99. واكتشافها التالي المستخدم للغاما كاميرا. يجب أن تطبق المواد الفعالية شعاعياً بأيدي خبيرة.

الجدول 6 - 16 : أمثلة على التصوير بالنظائر المشعة	
الفحص	**الاستطبابات الشاعة**
Scan للعظم	الم عظمي، مرض عظمي انتقالي، خباثة عظمية اولية أو ثانوية، ذات عظم وفقي.
التصوير الومضاني الحركي للكلية	انسداد الطريق البولي، تضيق الشريان الكلوي.
Scan الغدة الدرقية	العقد الدرقية، السلعة الدرقية الهاجرة، الانسمام الدرقي.
Scan التروية /التهوية الرئوية	صمة رئوية، BP↑ (إن وجود شنت ليمن ايسر لا يشكل مضاد استطباب)
تصوير البطين	أم الدم القلبية، اعتلال عضل القلب، تقييم وظيفة القلب.



COMPUTED TOMOGRAPHY — التصوير بالصدى

تمر الموجات الصوتية عبر النسيج ثم تنعكس لتعود من جديد عندما تصطدم بسطح أو جسم. والأشيع استخداما هو التصوير بالصدى ثنائي البعد في الوقت الحقيقي.

إن النمط M يسمح بتصوير موضع - الزمن بينما الأجسام غير المتحركة تظهر كخطوط مستقيمة والأجسام المتحركة كخطوط اهتزازية. سرعة الدم المتجهة إلى المسبار أو المبتعدة عنه يمكن أن تحسب من شكل الموجة المنعكسة باستعمال مبدأ الدوبلر.

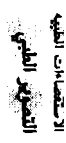
هذه التقنية قد تساعد الإجراءات الباضعة بالإضافة إلى التشخيص. يفضل أن يصوم المريض 6 - 8 ساعات قبل الفحص البطني، ويطلب منه شرب 1 - 2 غالون (pint) من الماء لملء المثانة قبل فحص الحوض.

الجدول 7 - 16: أمثلة عن التصوير بالصدى	
الاختبار	الاستطبابات الشائعة
الكبد	ضخامة الكبد، اختبارات وظائف الكبد مضطربة، يرقان، تحديد مرحلة مرض خبيث، ترفع حروري مجهول السبب.
الكلية	اختبارات وظائف الكلية مضطربة، بيلة دموية، الشك بكتلة في الكلية.
الدرق	سلعة درقية، عقدة باردة، درق خلف القص ظاهر على التصوير الومضاني.
القلب	تقييم الوظيفة القلبية، اعتلال عضل القلب، الأمراض الوسامية.
تصوير الأوردة بالدوبلر	التهاب وريد خثري فوق الركبة

التصوير الطبقي المحسوب MRI

تعتمد هذه التقنية على كشف تيارات من أشعة X متعددة الاتجاهات من قبل حلقة من الكواشف تحول أشعة X إلى ومضانات. وهكذا تجمع المعلومات من الشرائح المقطعية حيث يجري دراستها.

يمكن استخدامه مع المواد الظليلة الفموية أو الوريدية. يمكن استخدام التصوير الطبقي المحسوب في الممارسة السريرية لدراسة وتفصيل معظم أعضاء الجسم. إن تصوير الدماغ يفيد بشكل خاص في كشف الاحتشاء، النزف، الآفات الشاغلة حيزا في الدماغ. كم أنه يعتبره الاستقصاء التصويري المثالي في أمراض البنكرياس ويمكن استخدامه لتقييم فعالية المجازات الشريانية الاكليلية.



17

الرعاية قبل العمل الجراحي وبعده

Pre And Postoperative Care

يتطلب العديد من الإجراءات التي تجرى بشكل شائع في المستشفى، تحضيراً خاصاً للإجراء و/أو رعاية بعد الإجراء. تعتبر الجداول التالية دليلا عاما فقط، وهي تتباين تبعاً لاختلاف الأمكنة واختلاف الإجراء.

الجدول 1 - 17 ، الرعاية قبل العمل الجراحي وبعده

	قبل	أثناء	بعد
التنظير الداخلي للسبيل الهضمي العلوي Endoscopy upper GI	صيام > 6 ساعات اخذ موافقة PTR عند إجراء ERCP	ديازيبام (معايرة الجرعة) اتروبين 0.6 مغ رذ كسيلوكائين في الحلق بيثيدين عند الضرورة كما في التضيقات. التوسعات	صيام ساعتين الانتباه الشديد للتنفس حتى يستيقظ المريض إجراء صورة للصدر عند الضرورة كما في التوسعات معايرة الأميلاز عند حدوث ألم بطني بعد إجراء ERCP
تنظير القصبات	صيام > 6 ساعات اخذ موافقة	اتروبين 0.6 مغ ديامورفين (معايرة الجرعة) اكسجين (عبر قنية انفية) رذ كسيلوكائين في الحلق	صيام 4 ساعات الانتباه الشديد للتنفس حتى يستيقظ المريض إجراء صورة للصدر عند الرغبة في اخذ خزعة عبر القصبات
تنظير القولون Colonoscopy	تحضير القولون بالملينات، وإعطاء السوائل فموياً لمدة 36 ساعة فقط اخذ موافقة	ديازيبام (معايرة الجرعة)	مراقبة التنفس إذا ركن للمريض حتى يستيقظ
التصوير بفائق الصوت Ultrasound	صيام > 6 ساعات المثانة ممتلئة عادة		
جراحة تحت التبنيج العام	صيام > 6 ساعات اخذ موافقة إعطاء اتروبين 0.6 مغ عضلياً غالباً إجراء حقنة إذا كانت لعملية على الأمعاء السفلية حلاقة للمنطقة المناسبة اخذ الانتقاء من المختار الوريدي العميق بعين الاعتبار	تبنيج عام	القيام بـ TPR كل 15 دقيقة لمدة ساعتين ثم كل 30 دقيقة لمدة ساعتين ثم كل ساعة لمدة 12 ساعة موازنة السوائل تدوين تقرير العملية تحري الجرح

الجدول 1 - 17 ، الرعاية قبل العمل الجراحي وبعده *(تابع)*

خزعة الكبد/الكلية	اخذ موافقة	تبنيج موضعي	قياس ضغط الدم وسرعة القلب كل 15 دقيقة لمدة 1 ساعة ثم كل 30 دقيقة لمدة ساعتين ثم كل 1 ساعة لمدة 6 ساعات إعطاء مسكن مع توخي الحذر من إخفاء التسكين للمضاعفات
رشف الجنبة واخذ خزعة منها	اخذ موافقة	تبنيج موضعي	TPR كل ساعة لمدة 4 ساعات صورة الصدر البسيطة
غرز خط مركزي	اخذ موافقة	تبنيج موضعي	صورة الصدر البسيطة
البزل Paracentesis	اخذ موافقة	تبنيج موضعي	إذا سحب اكثر من 3 التارنعطي سوائل غروانية (ألبومين عادة) بمعدل 500 مل في كل 1 - 2 لتر . مناظرة ضغط الدم وسرعة القلب كل ساعة لمدة 12 ساعة + الضغط الوريدي للركزي . معايرة اليوريا والكهارل والكرياتينين يومياً لمدة 3 ايام

حالات خاصة

الداء السكري

في الإجراءات البسيطة كالتنظير الداخلي:

يتم قبول للريض في اليوم السابق للإجراء، ويتم تحري مدى ضبط السكري عنده، صيام طيلة الليل، حذف جرعة الأنسولين الصباحية أو خافضات سكر الدم الفموية، وضع للريض في رأس قائمة العمليات الجراحية، التأكد من ان غلوكوز الدم هو 7 - 10 ميلي مول/لتر. إعطاء جرعة انسولين قصير الأمد مع وجبة الغداء فقط، ثم إعطاء جرعة الأنسولين السائية بشكل سوي.

الجدول 1 - 17 : الرعاية قبل العمل الجراحي وبعده *(تابع)*
في الإجراءات الكبيرة كفتح البطن Laparotomy: صيام طيلة الليل، تأمين خط وريدي قبل العمل الجراحي بـ 4 ساعات. وتسريب محلول دكستروز 5%. وضع 10 وحدات من الأنسولين المذوّب في كل 500 مل وذلك قبل العمل الجراحي. نفحص غلوكوز الدم قبل الإجراء واثناءه، بمعدل مرة كل ساعة. يجب إعطاء المريض بعد العمل الجراحي أنسولينا قصير التأثير فقط لتغطية كل الوجبات إلى أن يعود المريض لقوته السوي. إعطاء مضادات الجراثيم اتقائياً للمرضى حملة الصمامات البديلة: في الإجراءات الهضمية، من غير الضروري حالياً إعطاء معالجة اتقائية لمرضى الأفات الصمامات باستثناء حملة الصمامات البديلة. نعطي قبل الاجراء 1 غ اموكسيسلين وريدياً أو عضلياً مع 120 مغ جنتاميسين وريدياً او عضلياً. ثم نتبع ذلك بإعطاء 500 مغ اموكسيسلين فموياً بعد الإجراء بـ 6 ساعات. في حال وجود فرط حساسية للبنسلين أو تمت المعالجة بالبنسلين قبل شهرين او اكثر نعطي جنتاميسين كما سبق بالإضافة لـ 1 غ فنكوميسين وريدياً. وذلك خلال الساعة التي تسبق الاجراء.
اليرقان يجب، وعند وجود يرقان عند المرضى قبل العمل الجراحي، تصحيح أي فقر دم، كما ويجب تصحيح زمن البرودرمبين إما بإعطاء فيتامين K في اليرقان الركودي، أو إعطاء المصورة الطازجة المجمدة عند المصابين بخلل وظيفة الخلية الكبدية. يجب الإعطاء الاتقائي للصادات، إما سيفوتاكسيم او جنتاميسين وامبيسلين قبل جراحة الطرق الصفراوية. يمكن تجنب حدوث قصور كلوي تال للعمل الجراحي، بدرجة كبيرة، إذا تم نفي وجود إنتان قبل الجراحة، وإذا تم تامين إماهة كافية بالإضافة للمحافظة على حصيل بولي أثناء العمل الجراحي وبعده. يُستطب إعطاء للبيلات مثل الفروسيميد أو المنتول إذا انخفض الحصيل البولي رغم تامين إماهة كافية.
الأطفال تُجرى معظم الإجراءات تحت التبنيج العام قبل سن 16 سنة، ولا بد من أخذ موافقة الوالدين.
الموافقة Consent لا يعتبر توقيع المريض على صيغة للموافقة كافياً، وهو غير صحيح من الناحية الطبية القانونية. يجب الإفاضة في شرح الإجراء ومناقشة المضاعفات الكبرى. ويفضل القيام بذلك بوجود شاهد. يجب تدوين ما سبق في سجل الملاحظات ثم تذييل النص بالتاريخ والتوقيع.

18

الأدوية واستعمالاتها

Drug Usage

التفاعلات الجانبية الجلدية

• الشرى urticaria
الأسبرين
البنسلين
السلفوناميدات
• الحمامي عديدة الأشكال
باربيتيورات
كلوربروباميد
كودين
فينوتوين
فنيل بيوتازون
سلفوناميدات
تراسيكلين
التيازيدات
• الفقاعات Bullae
اللوبيورينول
باربيتيورات
بنسلين
فنيل بيوتازون
سلفوناميدات
فينيتوئين
• التهاب الجلد Dermatitis
باربيتيورات
الذهب
بنسلين
فنيل بيوتازون
فينيتوئين
كوينيدين
• اندفاعات دوائية ثابتة
باربيتيورات
كابتوبريل
فينول فتالين
كوينين
ساليسيلايت
سلفوناميدات
• اندفاعات غير مميزة
اللوبيورينول
امبسلين
باربيتيورايت
فينوتوين
• فرط التصبغ
موجهات قشر الكظر ACTH
بوسلفان
الذهب
مانعات الحمل الفموية
فينوثيازينات
• الحمامي العقدة erythema nodosum
مانعات الحمل الفموية
بنسلين
سلفوناميدات

التفاعلات الجانبية الدموية

• ندرة المحببات
كابتوبريل
كاربيمازول
كلورامفينيكول
الأدوية السامة للخلايا
الذهب
اندوميتاسين
فنيل بيوتازون
فينوثيازينات
بروبيل ثيوراسيل

سلفوناميدات
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
• فقر الدم اللامصنع .Aplastic an
كلورامفينيكول
الادوية السامة للخلايا
الذهب
فنيل بيوتازون
فينوتوين
سلفوناميدات
• قلة الصفيحات
أسبرين
كابامازيبين
كاربنسلين
كلوربروباميد
كلورثاليدون
ديجتوكسين
فروساميد
اندوميثاسين
مثيل دوبا
فنيل بيوتازون
فينوتوبن
كوينيدين
كينين
ثيازيدات
• فقر الدم ضخم الأرومات
كوتريموكسازول
مضادات الفولات
مانعات الحمل الفموية
فينوباربيتون
فينوتوين
بريميدون
ترياميتيرين
تريميثوبريم
• فقر دم انحلالي
اسبرين
سيفالوسبورينات
كلوربرومازين
دابسون
انسولين
ايزونيازيد
ليفودوبا
ميفيناميك أسيد
مثيل دوبا
بنسلين
فيناسيتين
بروكايناميد
كوينيدين
ريفامبيسين
سلفوناميدات
• اعتلال العقد المفاوية
فينوتوين
بريميدون

التفاعلات الجانبية للجهاز القلبي الوعائي

• اللانظميات
ادرياميسين
مضادات الكولين استراز
اتروبين
الديجيتال
املاح الليثيوم
فينوثيازين
بروبرانولول
بروكايناميد
كوينيدين
مقلدات الودي
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة

التيروكسين
فيراباميل

• انخفاض الضغط
الدم الحاوي على سترات
ضواد الكالسيوم
المبيلات
ليفودوبا
مورفين
نيتروجلسرين
فينوثيازين

• ارتفاع الضغط
موجهات قشر الكظر ACTH
الستيرويدات القشرية
MAOI + مقلدات الودي
مانعات الحمل الفموية
فنيل بيوتازون
مقلدات الودي
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
مع مقلدات الودي
حاصرات ألفا
سحب حاصرات بيتا
ارجوتامين
هيدرالازين
ميثيسرجيد
اوكسيتوسين
ثيروكسين
فازوبريسين

• اعتلال عضلة القلب
ادرياميسين
دونوروبيسين
املاح الليثيوم
فينوثيازين
سلفوناميدات
مقلدات الودي

• التهاب التامور
هيدرالازين
ميثسيرجيد
بروكاينميد

• انصمام خثاري
مانعات الحمل الفموية

• التأق
ديكستران
ديميكلو سيلين
اوساط التباين الشعاعي المحتوية على اليود والأدوية المحتوية على اليود
الديكستران الحديدي
انسولين
بنسلين

التفاعلات الجانبية على الجهاز التنفسي

• الربو
الاسبرين + ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية
حاصرات بيتا
الأدوية الكولنرجية
سيفالوسبورينات
ستربتوميسين

• التثبيط التنفسي
أمينوغليكوزيدات
المنومات
الأفيونيات
البوليميكسينات polymixins
المركنات sedatives

• وذمة الرئة
اوساط التباين الشعاعي
الهيروين
هيدروكلوريثازيد

ميتادون
• ارتشاحات رئوية
اميودارون
بليومايسين
BCNU
بوسلفان
سيكلوفوسفاميد
ميلفالان
ميثسيرجيد
nitrofurantoin
بروكاربازين

التفاعلات الجانبية الهضمية

• القرحات الهضمية
اسبرين + مضادات الالتهاب غير الستيرويدية
حمض الايثاكرينيك
فنيل بيوتازون
الستيرويدات ؟
• الغثيان والقياء
الديجيتال
سلفات الحديد
ليفودوبا
الاستروجين
الأفيونيات
كلوريد البوتاسيوم
• الاسهالات
الصادات (خاصة كلنداميسين واللنكوميسين)
الكولشيسين
الديجيتال
الأدوية المحتوية على المغنزيوم
مثيل دوبا
• الامساك
الأدوية المحتوية على الألومنيوم
سلفات الباريوم
كربونات الكالسيوم
سلفات الحديد
حاصرات العقد ganglion
الرواتين المبادلة للشوارد
الأفيونات
فينوتيازين
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
• سوء الامتصاص
الصادات
الرواتين المبادلة للشوارد
الكولشيسين
• التهاب المعثكلة
ازاثيوبرين
الستيرويدات القشرية
حمض الإيثاكرينيك
فروساميد
الأفيونات
موانع الحمل الفموية
السلفوناميدات
الثيازيدات

التفاعلات الجانبية الكبدية

• ركودة صفراوية
الستيرويدات الابتنائية
الاندروجينات
كلوربروباميد
اريتروميسين أستولات
الذهب
مانعات الحمل الفموية
الفينوتيازينات

- التهاب الكبد
  - اللوبيرينول
  - حمض سلاسيلات الأمين
  - استولات الاريترومِيسين
  - الهالوثان
  - الايزونيازيد
  - كيتوكونازول
  - ميزوتركسات
  - ميثوكسيفلوران
  - ميثل دوبا
  - مثبطات الاكسداز أحادية الأمين
  - نيتروفيورانتوين
  - فينتوين
  - بروبيل ثيوراسيل
  - ريفاميسين
  - الساليسيلات
  - السلفوناميدات
  - تتراسيكلين
  - Valproate

التفاعلات الجانبية الكلوية

- الاحتباس البولي
  - مضادات الكولين
  - دايزوبيراميد
  - مثبطات أوكسيداز أحادي الأمين
  - مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
- المتلازمة الكلائية
  - كابتوبريل
  - الذهب
  - بنسيلامين
  - بروبينيسيد
- النخر الانبوبي
  - أمينوغليكوزيدات
  - امفوتريسين
  - سيفالوريدين
  - كولستين
  - وسائط التباين اليودية
  - البولي مكسينات
  - السلفوناميدات
  - سيكلوسبورين
  - التتراسيكلين

التفاعلات الجانبية العصبية

- خارج هرمية
  - هالوبريدول
  - ليفودوبا
  - مثيل دوبا
  - ميتكلوبراميد
  - موانع الحمل الفموية
  - فينوتيازين
  - ريزيربين
  - مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
- اعتلال عصبي محيطي
  - كلوربروباميد
  - كلوروكين
  - كلوفبرات
  - دعيكلوسيكلين
  - ديزوبيراميد
  - إيثامبوتول
  - هيدرالازين
  - ايزونيازيد
  - ميترونيدازول
  - نيتروفيرانتوين
  - ناليديكسيك أسيد
  - بيرهكسلين
  - بروكاربازين

فينوتوين
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
فينكرستين
• نوبات
امفيتامينات
ايزونيازيد
املاح الليثيوم
لفنوكين Lignocaine
حمض الناليديكسيك
البنسلينات
فينوثيازين Physostigmine
ثيوفيللين
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
فينكريستين

التفاعلات الجانبية العضلية الهيكلية

• تخلخل العظام
الستيروئيدات القشرية
الهيبارين
• اعتلال العضلات
امفوتريسين ب
كاربينكسولون
كلوروكين
كلوفبرات
الستيرويدات القشرية
موانع الحمل الفموية

التفاعلات الجانبية على الاستقلاب

• فرط كلسمية
مضادات الحموضة
التيازيدات
فيتامين د
• فرط سكر الدم
كلورتاليدون
الستيرويدات القشرية
ديازوكسيد
حمض الايتكرينيك
فيروساميد
هرمون النمو
موانع الحمل الفموية
• نقص صودمية
الستيرويدات القشرية
كلوربروباميد
سيكلوفوسفاميد
المبيلات
ينكريستين
• فرط بوتاسمية
أميلوريد
سحب التداوي بالستيرويدات القشرية
الأدوية السامة للخلايا
املاح الليثيوم
املاح البوتاسيوم
ساكسنيليكولين
سبيرونو لاكتون
ترياميترين
• نقص بوتاسمية
امفوتريسين (ب)
الستيرويدات القشرية
المبيلات
انسولين
مسهلات

التفاعلات الجانبية الجهازية

• التثدى
سيميتيدين
ديجوكسين

ايزونيازيد
مثيل دوبا
الاستروجينات
سبيرونولاكتون
تستوسترون

- الحمّى

امفوتريسين ب
مضادات الهستامين
باربتيورات
بليومايسين
سيفالوسبورين
مثيل دوبا
بنسلين
فينوتوين
بروكيناميد
كينيدين
السلفوناميدات

- متلازمة مشابهة الذأب

اسيبوتولول
هيدرالازين
ايزونيازيد
بروكيناميد

تفاعلات جانبية متفرقة أخرى

- الساد Cataract

بوسلفان
كلورامبوسيل
الستيرويدات القشرية
فينوتيازين

- الصمم

الأمينوغلوكوزيدات
الأسبرين
بليومايسين
كلوروكين
حمض الاثاكرينيك
فروساميد
كينين

- البروفيريا العاجلة

الباربتيورات
كلورديازيبوكسيد
كلوربروباميد
الاستروجين
موانع الحمل الفموية
السلفوناميدات

تعني التأثرات الدوائية، مدى تأثير دواء على دواء آخر يتعاطاه المريض، وفي هذا المنحى نجد أن هناك آليات متعددة يستطيع فيه دواء أن يغير من مفعول دواء آخر أعطي مسبقا أو في نفس الوقت، ويمكن أن يكون التآثر بأحد الأشكال الآتية:

- تأثير دوائي معاكس
- تأثير دوائي مماثل
- يغير من معدل الأمصاص المعدي
- يغير الباهاء (PH)
- يغير من الحركية من السبيل المعدي المعوي
- التداخل مع العمليات الاستقلابية - تحريض انظيمي - تثبيط انظيمي
- إزاحة الدواء من على البروتينات الرابطة
- التداخل مع عمليات الإطراح.

يتضمن الجدول (1 - 18) قائمة بالتآثرات الدوائية المحتملة، ولكن يجب التنبيه بأن هذه القائمة ليست شاملة على الإطلاق، ولمن يريد الاستزادة أو التوسع أن يرجع إلى كتيب الوصفات البريطانية BNF. من ناحية أخرى يمكن حساب سطح الجسم من الشكل (1 - 18) حتى يمكن حساب الجرعة الدوائية حسب تعداد سطح الجسم، على سبيل المثال الأدوية السامة للخلايا Cytotoxic drugs.

الجدول 1 - 18 : التآثرات الدوائية

الدواء للتآدر	الدواء المؤثر	نتيجة التآدر
منبطات الانظيمات الغالبة للأنجيوتنسين ACE inhibitors	. المدرات الحافظ للبوتاسيوم . الكحول	. فرط البوتاسيمية . تعزيز انخفاض الضغط
الوبورينول Allopurinol	. المدرات الثيازيدية	تعزيز الانسمام
الأمينوغلوكوزيدات aminoglyrosides	. فروسيمايد	. زيادة خطورة السمية الأذينية
امينوفيللين	. سيميتيدين . اريترومييسين	. ينقص الاستقلاب وبالتالي تزداد السمية
اميتريبتلين amitriptyline	. الكحول . موانع الحمل الفموية	. زيادة التركين . انقاص التأثير.
مضادات الهستامين anti histaminics	الكحول	. زيادة التركين

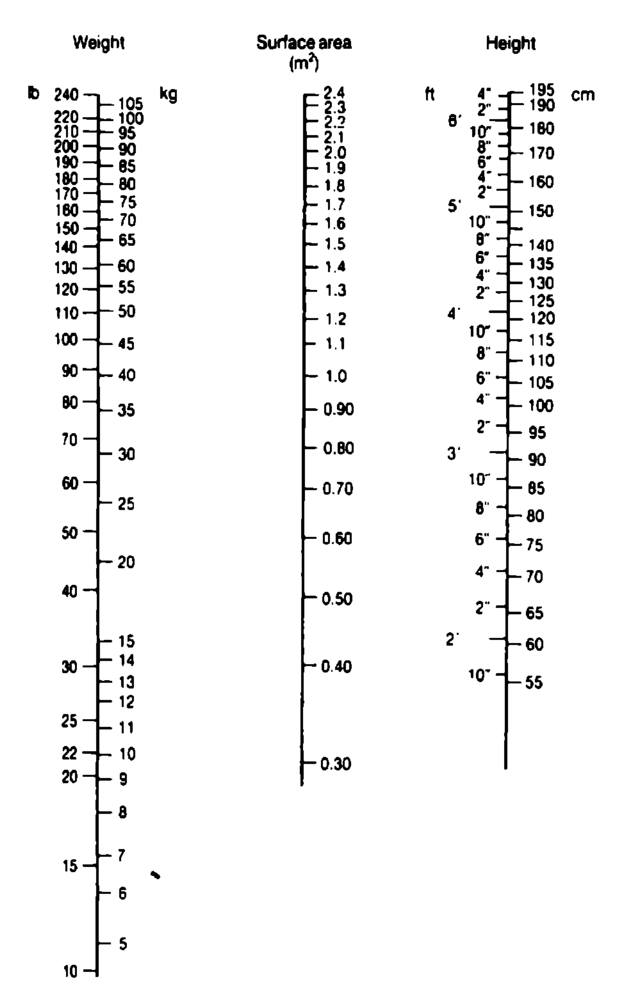
الجدول 1 - 18 : التاثرات الدوائية *(تابع)*

ازاثيوبرين AZ thioprine	اللوبورينول	. تعزيز السمية الخلوية
الباربيتورات Barbiturates	الكحول	. زيادة تثبيط الجهاز العصبي المركزي
بنزوديازبين Benzodiazepines	. للسكنات الأفيونية . ضوء الإكتئاب . مضادات الهستامين . سميتيدين	. تعزيز التركين
حاصرات بيتا β- Blockers	. الكحول . مقلدات الودي . فيراباميل	تعزيز انخفاض الضغط
	. إرجوتامين	تعزيز الانقباض الوعائي
حاصرات قنوات الكلسيوم Ca- channel	. امبودارون	. زيادة في إبطاء القلب
	. كينيدين	. انخفاض الضغط
كاربامازيبين Carbamazepine	. اريثرومايسين	. زيادة السمنة
	. ايزونيازيد	
سيفالوسبورين Cephalosporines	. مبيلات	. زيادة السمية الكلوية
	. الكحول	. فعل مشابه للدايسلفران Disulfiran
كلورميثيازول chlormethiazole	. سميتيدين	. زيادة التركين
سيميتيدين Cimetidine	. مضادات الحموضة	. إنقاص الامتصاص
موانع الحمل الفموية OCP	. ريفاميسين . تتراسيكلين	. إنقاص مفعول موانع الحمل
الستيرويدات القشرية Corticosteroids	. كاربينوكسالون	. نقص البوتاسيمية
	. امينو غلوتيثاميد	. تعزيز الاستقلاب
كوتريميكسازول Co - trimoxazole	. ستيبلوسبورين	. زيادة السمية الكلوية
	. ميزوتركسات	. زيادة المفعول المضاد للفولات
ديجوكسين Digoxin	. المبيلات	. تزداد السمية بسبب نقص البوتاسيمية
	. مضادات الحموضة	. انقاص الامتصاص
	. فينوتوين + ريفامبسين	. زيادة الاستقلاب
اريثرومبسين erythromycin	. بنزوديازيبين	. زيادة التركين
فروسيميد Frusemide	. ثيازيدات	. نقص بوتاسيمية
هيبارين Heparin	. اسبرين . دايبيريدامول	. زيادة المفعول المضاد للتخثر
الحديد Iron	. مضادات الحموضة	. إنقاص الامتصاص
ليفو - دوبا L - DOPA	. فيتوديازينات	. تضاد
	. ميتوكلوبراميد	. تاثير خارج هرمي
املاح الليثيوم Lithium Salts	. المبيلات	. نفاد الصوديوم
	. هالوبريدوت	. تاثيرات خارج هرمية
	. مضادات الاكتئاب	. سمية للجهاز العصب المركزي

الجدول 1 - 18 : التاثرات الدوائية *(تابع)*

الدواء	الدواء المتداخل	التأثير
	. ديليتازم وفيراباميل	. سمية كلوية
مثبطات اكسداز احادي الأمين MAOIs	. الكحول	. نوبة فرط ضغط
	. تيرامين	
مثيل دوبا Methyl DOPA	. مضادات الالتهاب غير الستيرويدية NSAID ومبيلات.	. انخفاض ضغط
	. الستيرويدات القشرية	. ضواد انخفاض الضغط
ميتوكلوبراميد Metoclopramide	. الليثيوم	. تاثيرات خارج هرمية
ميترونيدازول Metronidazole	. الكحول	. تأثير مشابه للدايسلفريم
ميتفورمين Metformin	. الكحول	. حماض لبني
ميانسرين Mianserin	. الكحول، ومزيلات القلق	. تعزيز للفعول
مضادات الالتهاب غير الستيرويدية NSAID	. بروبنيسيد	. يقلل الإطراح
	. مضادات الحموضة	. نقص الامتصاص
	. هالوبيريدول	. دوخة
	. مبيلات	
	. مثبطات الانظيم المحول للانجيوتنسين ACE	. سمية كلوية
المسكنات الأفيونية	. مزيلات القلق	. تركين
	. سيميتيدين	
البنسلينات	. مضادات الحموضة	. نقص الامتصاص
	. بروبنسيد	. يقلل الإطراح
فينوثيازين	. الكحول	. تركين
	. ريفامبيسين	. زيادة الاستقلاب
	. ميتوكلوبراميد	. تاثيرات خارج هرمية
فينوتوين	. سيميتدين . ايزونيازيد .	. زيادة السمية لنقص الاستقلاب
	اسبرين . اميودارون	. زيادة الاستقلاب
	. كاربامازيبين والكحولية	
سلفونيل يوريا	. الكحول . حاصرات بيتا	. نقص السكر بالدم
	. ريفامبيسين	. زيادة الاستقلاب
تتراسيكلين	. مضادات الحموضة	. نقص الامتصاص
	. فينوتوين	. زيادة الاستقلاب
التيروكسين	. فينوتوين	. نقص غير حقيقي لثيروكسين الدم بسبب ارتباط الدواء باماكن ربط الهرمون على البروتين الحامل.
	. فينكلوفيناك	
فالبروات valproate	. اسبرين	. تعزيز التاثير
	. مضادات الاكتئاب	. نضاد
	. مضادات الصرع	. زيادة الاستقلاب

الجدول 1 - 18 : التاثرات الدوائية *(تابع)*		
وارفارين warfarin	- باربتيورات، ريفامبسين كاربامازيبلين	- تخفيض فعالية آلية التخثر بسبب زيادة الاستقلاب
	- سيميتيدين، اميودارون والكحول	- زيادة الفعالية وذلك لتثبيط استقلاب الكومارين
	- السلفوناميدات	- زيادة الفعالية بسبب ازاحة اماكن الربط على البروتينات.


Weight
lb
kg
240
220
210
200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
25
22
20
15
10
105
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
Surface area
(m²)
2.4
2.3
2.2
2.1
2.0
1.9
1.8
1.7
1.6
1.5
1.4
1.3
1.2
1.1
1.0
0.90
0.80
0.70
0.60
0.50
0.40
0.30
Height
ft
cm
6'
5'
4'
3'
2'
195
190
180
170
160
150
140
135
130
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55

الشكل 1 - 18

19

الطوارىء الطِبيَّة
Medical Emergencies

التخليط هو خلل في العمليات الفكرية، بينما السبات والخبل هما شذوذات في مستوى الوعي. علما أنه ليس من النادر تواجد النموذجين السابقين عند نفس المريض. هذا ويصاب الكثير من المرضى الذين يعانون من أمراض شديدة بالتخليط، مما يسبب صعوبة كبيرة في تقييمهم وتدبيرهم علماً بأن الأمراض البسيطة نسبياً كافية لإحداث التخليط عند المسنين، وفي هذه الحالة يجب تحري السبب وعدم إلصاق صفة الخرف بالمريض. إن القصة المستقاة من الأقارب أو الجيران هامة جدا في تقييم المرضى المصابين بالتخليط أو السبات، وتدبير هؤلاء المرضى يجب أن يتم بعد الفهم الجيد للاضطراب المحتمل المسبب مع تجنب إعطاء المركنات القوية.

التخليط

المسببات

- الخمج (ربما كان خفيا خاصة عند المسنين).
- سرف الكحول - الهذيان الارتعاشي هو الشكل الأكثر شدة، وهو غير معتاد نسبيا.
- استقلابي - فرط سكر الدم، نقص سكر الدم، اليوريمية، فرط الدرقية أو قصور الدرقية، فرط الكلسمية.
- الأدوية: خاصة المركنات.
- نقص التأكسج.
- نقص الضغط.
- الورم الدموي تحت الجافية.
- التوهان الزماني الليلي .Night timed
- الصمم.
- الخَرَف .Dementia

السبات

المسببات

- نقص سكر الدم: تعرق، تسرع القلب، نُوَب اختلاجية .Fits
- فرط سكر الدم: سبات، وهو ليس بالشائع، تجفاف، جوع للهواء.
- أذيات الرأس.
- تال للنشبة .Post-ictal
- الحادث المخي الوعائي C.V.A خاصة النزف المخي.
- الأدوية.

- قصور الكبد.
- الهُرَاع Hysteria.

يجب وضع تقييم اصطلاحي لمستوى الوعي من أجل السماح بتحديد التغيرات ، علما بأن سُلم غلاسكو هو التقييم الأفضل المعروف حاليا، وهو يتمتع بأهمية إنذارية (الجدول 1 - 19).

الجدول 1 - 19: سُلم السبات لغلاسكو

الحَرَز (العلامة)	الاستجابة الحركية	الاستجابة اللفظية	فتح العينين
6	ينصاع للأوامر البسيطة	-	-
5	يحاول إبعاد مصدر التنبيه المؤلم للرأس أو الجذع	متوجه	-
4	يحاول إبعاد العضو المعرّض للتنبيه المؤلم	توهان	العينان مفتوحتان
3	يثني الذراع عند المرفق والمعصم استجابة للضغط على قاعدة الظفر	كلام عشوائي	فتح العينين استجابة للكلام
2	بسط الذراع عند المرفق والمعصم استجابة للضغط على قاعدة الظفر	(تمتمة) Mumbling	فتح العينين استجابة للألم
1	لا توجد استجابة حركية للتنبيه المؤلم	لا كلام	لا يفتح العينين
جمع مفردات الحَرَز: أعلى حرز ممكن تحقيقه هو 15 والأقل حرز هو 3			

شرحت استقصاءات وتدبير بعض أسباب السبات في أماكن أخرى من الكتاب (حسب كل سبب) وبغض النظر عن السبب. فإنه يجب تقييم كفاية التهوية اعتمادا على غازات الدم الشرياني وتقديم التهوية المساعدة عند الضرورة.

توقف القلب CARDIAC ARREST

يجب التفكير به عند كل مريض أصيب بهبوط دوراني وكان لديه كل من النبض السباتي والفخذي غائبين. يُصاب الدماغ بتلف لا عكوس خلال دقائق من القصور الدوراني، وعليه فيجب المحافظة على حصيل قلبي وتهوية رئوية كافيين من خلال محاولات الانعاش.

التدبير بعد تشخيص توقف القلب، اطلب المساعدة.

في حال عدم التوفر السريع للمرقاب (monitor) وجهاز مزيل الرجفان (defibrillator) نلجأ إلى وسائط الدعم الأسي للحياة،

- الطريق الهوائي، ينظف من المواد المقاءة، الأجسام الغريبة .. الخ. حرر الطريق الهوائي بإمالة الرأس ورفع الذقن.

• التنفس : نتبع طريقة التهوية فم لفم مع التأكد من ان الصدر يرتفع مع كل نفس. استخدم الكيس الذي يمتلئ بالهواء لوحده وللزود برسام لكي ندع اكبر قسم من الأوكسجين يمر للمريض. تنظير الحنجرة يجب الا يتم إلا عبر اخصائي ويجب الا يأخذ اكثر من 30 ثانية.
يجري الانعاش كما يلي: نضع نفس واحد مقابل خمس ضغطات صدر.
• الدوران : الضربة البركية يجب ان تظهر للمراقب توقف قلب. ضغط الصدر يجب ان يكون بسرعة 80/د.
• الدعم المتقدم للحياة: إن ذلك يفترض أن اضطراب النظم للستبطن يمكن ان يحدد.
يجب ان يتوفر أدوية ومزيل رجفان (defibrillator) ووريد مفتوح.

الذبحة الصدرية غير المستقرة UNSTABLE ANGINA

وتعرف بأنها ذبحة حديثة العهد وشديدة، تحدث عند الجهد الخفيف أو أثناء الراحة وتزداد بشكل سريع في شدتها وفي مدتها، أو يحصل انخفاض سريع في تحمل الجهد.

التدبير

• الراحة في الفراش.
• تناول الأسبرين 75 - 300 مغ يومياً.
• اقصاء العوامل الفاقمة كقصور القلب والخمج وفرط الضغط واللانظميات وفقر الدم.
• اعطاء للعالجة العظمى بحاصرات بيتا وضواد الكاليسيوم والنترات (غالباً وريدياً).
• اعطاء مضادات التخثر كالهيبارين وريدياً (زمن الترومبوبلاستين الجزئي ضعفا الزمن السوي).
• اجراء تصوير الأوعية عند المرضى الذين لا يثبت الألم عندهم مع كون الاحتمالات الأخرى كراب الوعاء أو اجراء مجازة الشريان الإكليلي بالتطعيم.

CABC وارد كمرحلة تالية

احتشاء عضل القلب MYOCARDIAL INFARCTION

يمثل احتشاء عضل القلب، والذي هو عبارة عن موت جزء من العضلة القلبية، السبب الأشيع للموت في المملكة المتحدة، وهو يصيب فردا من كل مئتي فرد كل عام.

اللامح السريرية

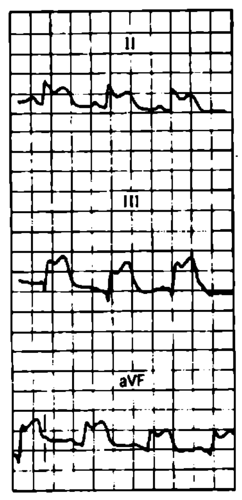
الأعراض: ألم صدري مركزي، عاصر بشدة، ينتشر غالبا إلى العنق والذراعين، يطول ولا ينفرج على إعطاء النترات، يشيع ترافقه مع التعرق والغثيان والقياء وضيق النفس، علما أن هناك عدة احتشاءات تترافق مع ألم بسيط، وقد يغيب الألم، وهذه تدعى الاحتشاءات الصامتة.

العلامات: المريض شاحب، متسرع القلب، النبض المحيطي غائب، مع تغيرات في الضغط الشرياني، وزراق، قد يسمع صوت قلبي رابع، وفي حال وجود ضخامة في البطين الأيسر يمكن سماع قرقعات في قاعدة الرئتين، وملاحظة ارتفاع الضغط الوريدي الوداجي، كما يمكن سماع صوت قلبي ثالث.

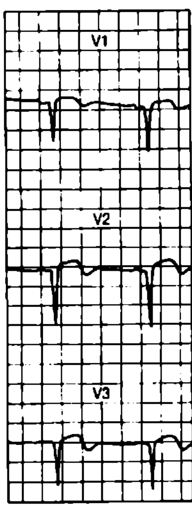
الاستقصاءات • مخطط كهربائية القلب ECG: التغيرات التقليدية عبارة عن ارتفاع باكر في قطعة ST وانقلاب في الموجة T متبوع بتطور موجة Q. بينما يشاهد في الاحتشاءات تحت الشغاف (عديمة موجة Q) انخفاض قطعة ST وتغيرات في موجة T فقط. • تظهر الإنظيمات القلبية بشكل متسلسل: ففي البداية يشاهد ازدياد في الكرياتينين كيناز MB (ذروته 18 - 24 سا) ثم يرتفع الأسبرتات ترانس أميناز (ناقلة الأسبرتات) (ذروته بعد 24 سا) وفي النهاية يرتفع اللاكتات دي هيدروجيناز (نازعة هيدروجين اللاكتات) (ذروته بعد 3 أيام)، أيٌ من الإنظيمات السابقة ليس نموذجيا للاحتشاء، لكن نموذج التبدلات التي تطرأ توجه بشكل كبير. ترتبط قمة ارتفاع الكرياتينين كيناز بشكل تقريبي مع قد (حجم Size) الاحتشاء، علما أن المعالجة للخثرة ربما عدّلت من نمط تحرر الإنظيمات، مسببة بذلك حدوث قمم التركيز للإنظيمات بشكل أبكر مما هو مفترض. • في حالات الشك فإن التفرس بـــ 99 م - تكنسيوم بيروفسفات 99 m TC-Pyrophosphate يظهر منطقة الاحتشاء بشكل بقعة حارة. • تفيد صورة الصور البسيطة في تحديد وذمة الرئة وتكون موجهة في تشخيص الانسلاخات الأبهرية (الأشكال 2 - 19، 3 - 19، 3 - 19) احتشاء أمامي سفلي.

التدبير

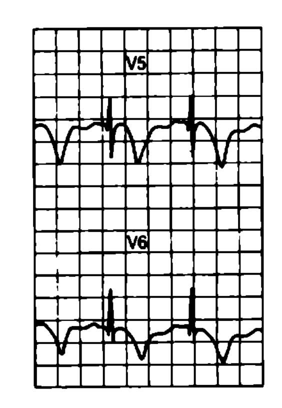
- اعطاء الأسبرين (300 ملغ محلول) تعطى باكراً ما امكن.
- تفريغ كاف للألم ونقل للمريض إلى وحدة العناية الاكليلية.
- مناطرة مستمرة لمخطط كهربائية القلب وفتح وريد (تجهيز وريد لإعطاء الادوية عبره عند الحاجة).
- راحة في الفراش وإعطاء الأكسجين.
- إعطاء معالجة حالّة للخثرات في الساعات الست الأولى التالية للألم. وفي حال عدم وجود ما يمنع من إعطائها.
- إعطاء الهيبارين تحت الجلد (5000 وحدة دولية كل ثماني ساعات).
- فتش عن للضاعفات (انظر ما يلي) ، معايرة الإنظيمات القلبية في للصل.
  منع للريض من التدخين.



الشكل 2 - 19 احتشاء أمامي سفلي



الشكل 3 - 19 احتشاء أمامي حجابي قديم



الشكل 4 - 19 احتشاء جانبي تحت الشغاف

الضاعفات

تسرعات القلب اللانظمية (اللانظميات السريعة) Tachyarrhythmias: يكثر حدوث تسرع القلب الجيبي، والذي ربما كان علامة على اقتراب حدوث قصور القلب. ليس من النادر حدوث

الرجفان الأذيني والذي يعالج عادة، وبشكل كاف، بالديجوكسين. ويستطب قلب النظم في حال حدوث وهط قلبي وعائي. يتطلب تسرع القلب البطيني المعالجة بـ "ليكنوكائين" Lignocaine وريديا 100 مـغ خلال دقيقتين، يُتبع بـ 4 مغ/دقيقة بشكل أولي، ثم يتم تخفيض الجرعة تدريجيا خلال 36 ساعة. تتضمن أدوية الخط الثاني الميكسيليتين Mexiletine، وديزوبيراميد Disopyramide، وفليكانيد Flecanide، وأميودارون Amiodarone. يستطب قلب النظم في علاج تسرع القلب البطيني إذا حدث نقص في الضغط، أو حدث قصور القلب، كما أنه يستطب دوما في علاج الرجفان البطيني وبشكل فوري.

تباطؤات القلب اللانظمية (اللانظميات البطيئة) Bradyarrythmias: من الشائع أن يتلو الاحتشاء، وخاصة الاحتشاء السفلي، حدوث بطء القلب الجيبي وإحصار أذيني بطيني، وتعالج بالأتروبين إذا كانت لاأعراضية، وهذا العلاج كاف عادة، رغم أنّه قد يحتاج لغرز ناظمة Pacemaker في بطء القلب الهام من الناحية الدّينمية الدموية أو بطء القلب العصيّ (المعند). إن ترافق تباطؤ القلب اللانظمي مع الاحتشاء الأمامي يشير لحدوث أذية شديدة في عضل القلب، كما يستطب غرز ناظمة في أية حالة بطء قلب مترافقة مع نقص في الضغط، كما يستطب، وبشكل وقائي، في علاج إحصار القلب من الدرجة الثانية (موبيتز النمط II) وإحصار القلب التام والإحصار ذي الحزمتين.

الصدمة القلبية المنشأ: يمثل نقص الضغط المترافق مع التحويلة الكلوية والمحيطية مؤشرا ذا إنذار خطير يلي الاحتشاء، لذا يجب غرز قثطار سوان غانز، والمحافظة على الضغط الإسفيني الرئوي بين 15 - 20 ملم زئبقي عن طريق إعطاء الموسعات الوعائية والأدوية المقوية للقلوصية القلبية Inotropic. ربما سبب احتشاء البطين الأيمن نقصا في الضغط مع انخفاض ضغط ملء الأذين الأيسر، وعندها فإن تعويض السوائل بشكلٍ كاف ربما عاكس الصدمة. تزيد العوامل المقوية للقلوصية القلبية كلا من النتاج القلبيّ والتروّية النسيجية بشكل كبير. يجب معاكسة أي لانظمية قد تسبب زيادة في نقص الضغط.

وذمة الرئة: شائعة الحدوث وتستجيب عادة على المعالجة بالمبيلات، وفي حال حدوث مقاومة على العلاج فإنّه تجب إضافة الموسعات الوعائية كالنترات عن طريق الوريد، كما تجب إجراء مناطرة للضغط الإسفيني الشعري الرئوي. قد نحتاج للتهوية بالضغط الإيجابي في بعض الحالات.

التهاب التامور: يجب توقع وجود التهاب التامور عند المرضى الذين يشكون من ألم حاد متعلق بالوضعية، حيث يمكن سماع الاحتكاك التاموري. يترافق التهاب التامور مع الاحتشاء العابر للجدار. يعالج التهاب التامور بمضادات الالتهاب غير الستيرويدية (مثلا إيبوبروفين 400 مـغ ثلاث مرات يوميا). يجب توخي الحذر عند استخدام مضادات التخثر عند هؤلاء المرضى خوفا من حدوث تدمي التامور Hemopericardium.

متلازمة درسلر: ربما حدثت بعد الاحتشاء بأسبوعين أو أكثر، تمتاز بوجود الحمى والألم الصدري الجنبوي وبتغيرات على مخطط كهربائية القلب كوجود الارتفاع المقعر في قطعة ST، يعتقد بوجود أساس مناعي ذاتي كسبب لهذه المتلازمة.

العيب الحاجزي البطيني التالي للاحتشاء أوتمزق العضلة الحليمية: وهذه يجب توقعها عند المرضى الذين تتدهور حالتهم بشكل مفاجيء نتيجة قصور القلب، وعند وجود نفخة انقباضية حديثة العهد.

ARRHYTHMIAS اللانظميات

تقسم اللانظميات القلبية على نحو تقليدي إلى: لانظميات سريعة فوق بطينية ولانظميات سريعة بطينية.

اللانظميات السريعة فوق البطينية

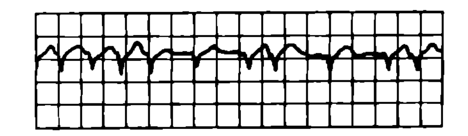
يمكن تمييز هذه اللانظميات بشكل عام من خلال العلامات السريرية ومن خلال مخطط كهربائية القلب ECG الذي يظهر مركبات QRS ضعيفة، ومن غير المعتاد وجود توصيل زائغ (شاذ) مع مركب QRS عريض، وفي حال وجودها فيجب تمييزها عن التسرع البطيني.

***تسرع القلب الجيبي* Sinus Tachycardia**: ينجم عن زيادة الفعالية الودية، والتي تحدث في حال نقص الضغط، القلق، الجهد، الخمج، الحمل، الانسمام الدرقي. يجب أن تتجه المعالجة نحو السبب الكامن وراء هذا التسرع.

***الرفرفة الأذينية* Atrial flutter**: يجب توقع وجود الرفرفة الأذينية عند المرضى الذين لديهم نبض منتظم بمعدل 125 - 160نبضة/د مترافق مع داء القلب الإقفاري، فرط ضغط الدم، تضيق التاجي، الانسمام الدرقي، احتشاء عضل القلب. تحدث موجات الرفرفة بمعدل 300 مرة/د وعادة يكون هناك إحصار أذيني بطيني يمكن تمييزه سريريا من الضغط الوريدي الوداجي حيث تفوق موجات a معدل النبض. يزيد الضغط المطبق على الجيب السباتي من الإحصار الأذيني البطيني، ويبطيء معدل النبض، بينما يحافظ الضغط على ثباته. نستخدم الديجوكسين عادة في العلاج لإنقاص معدل الضربات البطينية، رغم أنه يمكن استخدام محصرات البيتا مثل أتينولول 50 - 100 مغ/يوم، أو الفيراباميل 80 مـــغ ثلاث مرات يوميا أيضا. يجب محاولة قلب النظم عند المرضى ذوي الحالة العامة الجيدة في حال كانت الرفرفة الأذينية حديثة. إن مضي وقت على وجود الرفرفة الأذينية يستدعي إعطاء مضادات التخثر مع الانتباه لسحب الديجوكسين قبل قلب النظم.

***الرجفان الأذيني* Atrial fibrillation**: يجب توقع وجود الرجفان الأذيني عند وجود نبض غير منتظم (الشكل 5 - 19). لا يؤثر الضغط على الجيب السباتي على معدل ضربات القلب، وتكون موجات a غائبة في الضغط الوريدي الوداجي. يشكل الديجوكسين الخيار المفضل في التدبير، رغم أن محصرات البيتا أو الفيراباميل تستخدم أحيانا وبشكل متشارك

مع بعضها، في ضبط معدل الاستجابة البطينية. يجب إعطاء مضادات التخثر وسحب الديجوكسين قبل محاولة إجراء قلب النظم في حال كان هذا القلب مستطبا. يزداد خطر الإصابة بالصمة المخية عند مرضى الرجفان الأذيني، رغم أن مضادات التخثر عادة ما تستطب فقط عند مرضى الصمام التاجي أو الرجفان الأذيني المتقطع وعند المرضى تحت سن الخمسين.



الشكل 5 - 19 الرجفان الأذيني

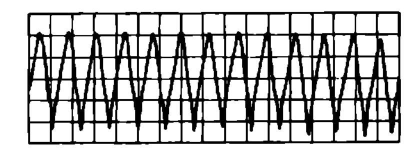
تسرع القلب فوق البطيني الانتيابي: يمتاز هذا الاضطراب بعوارض من تسرع القلب الأذيني أو العقدي مع معدل نظم بين 140 - 220 مرة/د، وهو إمّا أن يتحدد بشكل ذاتي، أو أن يحتاج للمعالجة. هناك غالبا قصة إصابة سابقة باللانظميات أو الخفقان، وفي عدد قليل من الحالات، فقط، يمكن تحديد وجود متلازمات ما قبل الاستثارة مثل متلازمة ولف - بركنسون - وايت أو متلازمة لون ـ غانونغ - ليفين Lown - Ganong - Levine (والتي تمتاز بقصر فترة PR دون وجود موجة دلتا). غالبا يمكن تعليم المريض كيفية إنهاء الهجمات التي تصيبه بنفسه عن طريق مناورة فالسلفا. ينهي الضغط على الجيب السباتي الهجمة غالبا، بينما قد نحتاج عند بعض المرضى لإعطاء الفيراباميل أو محصرات البيتا وريديا، ونادرا ما نحتاج لقلب النظم، يمكن الوقاية من حدوث هجمات في المستقبل عن طريق إعطاء الفيراباميل أو محصرات البيتا أو الديزوبيراميد أوالديجوكسين.

متلازمة ولف ـ بركنسون ـ هوايت: وهي متلازمة ما قبل الاستثارة تمتاز بوجود موجة دلتا قبل مركب QRS، والتي تؤدي لقصر فترة PR، تحدث ما قبل الاستثارة عن طريق وجود طريق توصيلي أذيني بطيني ثانوي — حزمة كنت. من الأهمية بمكان أن نميّز هذا الاضطراب، لأنّ اللانظميات فوق البطينية والتي تحدث (بما فيها التسرعات فوق البطينية والرجفان الأذيني) يجب عدم معالجتها بالديجوكسين، لأنه ربما يؤدي لزيادة المشكلة، تتضمن معالجة هذه المتلازمة قلب النظم إذا كان المريض مصدوما، أو إعطاء الديزوبيراميد أو الأميودارون.

اللانظميات السريعة البطينية

تمتاز هذه اللانظميات، والتي هي سيئة الإنذار بشكل عام، بوجود مركبات QRS عريضة على مخطط كهربائية القلب، والتي تختلف في حجمها وشكلها من ضربة لأخرى.

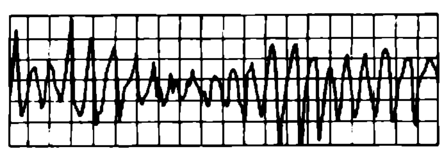
تسرع القلب البطيني (V.T) وهو لانظمية خطيرة تشير عادة لوجود داء قلبي مستبطن (الشكل 6 - 19). معدل النبض بين 140 - 220 مرة/د، ولا يؤثر الضغط على الجيب السباتي على معدل النبض. تتضمن الأسباب الأشيع لهذه اللانظمية ما يلي: احتشاء عضل القلب الحاد، اعتلالات عضل القلب، أم الدم البطينية. تحتاج كل تسرعات القلب البطينية لتدبير عاجل باستثناء النظم البطيني الذاتي Idioventricular R والذي ينشأ من موضع مُنتبذ يقع عاليا ضمن الجهاز التوصيلي البطيني، وهو اضطراب شائع يتلو احتشاء عضل القلب الحاد. إن التدبير الأمثل لهذه التسارعات البطينية، إذا كان الضغط الشرياني جيدا، هو الليكنوكائين Lignocaine عن طريق الوريد (100 مـــغ خلال دقيقتين يُتبع بـــ 40 مغ/د كجرعة أولية ثم تخفض تدريجيا خلال الـــ 36 ساعة التالية) وقد نستخدم أحيانا الديزوبيراميد (2 مغ/كغ والحد الأعظمي منه هو 150 مـــغ ببطء) أو الميكسيلتين Mexiletine (100 - 250 مـــغ خلال 10 دقائق تتبع بتسريب 250 مـــغ خلال 60 دقيقة) أما إذا كان الضغط منخفضا فيجب إجراء قلب للنظم بسرعة ثم إعطاء الليكنوكائين وريديا.



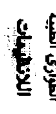
الشكل 6 - 19 التسرع البطيني

تستطب المعالجة الفموية بالميكسيلتين (200 - 250 مـــغ ثلاث أو أربع مرات يوميا) أو الفليكانيد Flecanide (100 مـــغ مرتين يوميا) عند المرضى الذين يعانون من اللانظميات البطينية عادة، بينما تبقى المعالجة الطويلة الأمد مدة تزيد عن ستة أسابيع مثار جدل.

الرجفان البطيني (V.F): يشكل السبب الأشيع للموت بعد احتشاء عضل القلب الحاد (الشكل 7 - 19)، وهو حالة عكوسة بشكل عام عند تدبيره بشكلٍ كافٍ، وتمييزه هو الأساس في المناطرة القلبية في وحدة العناية الإكليلية.



الشكل 7 - 19 الرجفان البطيني



تتضمن عوامل الخطر ما يلي: نقص البوتاسمية، عدم التوازن الحمضي الأساسي، الكاتيكول أمينات مثل الأدرينالين عن طريق الوريد. يمتاز الرجفان البطيني بوجود وهط قلبي وعائي، وبوجود مركبات QRS مشوشة. يكون تدبير الرجفان البطيني بقلب النظم الفوري، يتلوه إعطاء الليكنوكائين وريديا (100 مـغ خلال دقيقتين)، وبيكربونات الصوديوم لمعاكسة الحماض الاستقلابي الذي يتطور بعد فترة من توقف القلب. تشبه المعالجة الفموية لتقليل خطر الرجعة مثيلتها في تسرع القلب البطيني.

حالات بطء القلب Bradycardlas

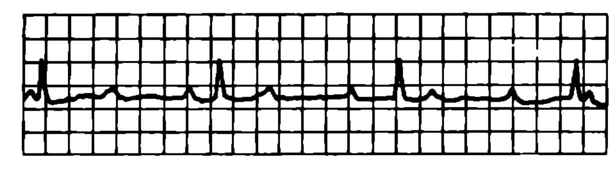
بطء القلب الجيبي: يكون فيه معدل الضربات القلبية أقل من 60 ضربة/دقيقة، وينجم عادة عن زيادة فعالية المبهم. يحدث عند الرياضيين وبَعْد الاحتشاء السفلي لعضل القلب وعند العلاج بمحصرات البيتا. من النادر أن يكون أعراضيا وفي حال كان أعراضيا فإن إعطاء الأتروبين 0.6 مغ وريديا فعال عادة.

الإحصار الجيبي الأذيني: يحدث في هذا الإحصار غياب دورة قلبية كاملة على مخطط كهربائية القلب، وهو يشكل ملمحا شائعا لمتلازمة العقدة الجيبية المريضة (متلازمة الجيب المعتل Sick sinus syn.). ويكون العلاج بغرز ناظمة إذا كان الإحصار أعراضيا.

إحصار القلب من الدرجة الأولى: ويمتاز بتطاول فترة PR (0.2 ثا) ولا يؤدي لبطء القلب، لأنه عبارة عن ظاهرة على مخطط كهربائية القلب.

إحصار القلب من الدرجة الثانية: ويقسم إلى نوعين: الأول وهو النمط I لموبيتز (ويكنباخ) حيث يحدث فيه تطاول مترق لفترة PR وفي النهاية يحدث غياب لضربة قلبية ثم تعاد الكرّة. بينما النوع الثاني وهو النمط II لموبيتز فهو اضطراب أكثر خطورة، حيث يحدث غياب لموجة QRS كل 2 أو 3 أو 4 ضربات قلبية بينما تبقى فترة PR ثابتة المدة.

إحصار القلب من الدرجة الثالثة أو الإحصار التام: ويشاهد فيه تفارق بين موجات P ومركبات QRS، هذا ويحافظ على النظم البطيني عن طريق وجود نظم إفلاتي ينشأ من الجملة التوصيلية البطينية، أو من البطينات (الشكل 8 - 19). يدبر هذا النوع من الإحصار بغرز ناظمة مؤقتة أو دائمة.



الشكل 8 - 19 إحصار قلب تام



LEFT VENTRICULAR FAILURE القصور البطيني الأيسر

التدبير

- اوكسجين 40 - 60 %
- التركين وتقليل الحمل القبلي بإعطاء للورفين 10 ملغ/يوماً وريدياً
- فروسيميد وريدياً 40 120 ملغ أو بوميتاميد 1-2 ملغ في الحالات الشديدة.
- النترات وريدياً لانقاص الحمل القبلي.
- مقويات القلوصية وريدياً مثل الدوبيوتامين 2.5 - 10 ميكروغرام/كغ/د بالإضافة للجرعة الكلوية للدوبامين وهي 2 ميكروغرام/كغ/د
  (تقلل الجرعات العالية من الدوبامين من التروية الكلوية)
- كثيراً ما تضطر لاجراء الفصادة والتهوية ذات الضغط الإيجابي في الحالات الشديدة.

MALIGNANT HYPERTENSION فرط ضغط الدم الشرياني الخبيث

يكون الضغط الانبساطي في ارتفاع التوتر الخبيث اكثر من 120 ملم زئبقي مع أعراض مثل اعتلال الدماغ، قصور قلب، تدهور وظائف الكلية.

التدبير يجب ان يخفض ضغط الدم كما هو مبين في الأسفل حيث انه في بعض الحالات يكون ارتفاع التوتر الشديد عابراً مثل الذي يكون مترافقاً مع CVA وهنا التخفيض السريع للضغط يمكن أن يكون مؤذياً.

إن علاج ارتفاع الضغط الخبيث أساسي لأن المرضى الغير معالجين لا يبقى منهم سوى 10% على قيد الحياة بعد 12 شهر.

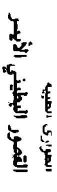
يُدخل المريض إلى المشفى ونبدأ باعطائه فموياً النيفيديبين 10-20 ملغ وال METOPROLOL 50 - 100 ملغ فموياً وذلك بشكل فوري. وعندما يكون هناك اعتلال دماغ نعطي الـ labetalol 2 ملغ/د عبر الوريد (الجرعة العظمى 200 ملغ).

عندما نضبط التوتر الشرياني يجب أن نبدأ بالعلاج المحافظ عن طريق الفم.

RESPIRATORY FAILURE القصور التنفسي

هو اضطراب تنفسي شديد أصبحت فيه الوظيفة التنفسية غير كافية لتأمين المتطلبات الاستقلابية للمريض. ويقسم إلى نمطين:

النمط الأول: وفيه نقص التأكسج (الضغط الجزئي للأوكسجين < 8 كيلو باسكال 8 PaoO2 < KPa) غير مترافق مع احتباس غاز ثاني أكسيد الكربون.



النمط الثاني: ويشاهد فيه نقص التأكسج مع فرط الكربمية (فرط ثاني أكسيد الكربون في الدم Hypercapnia).

لامح السريرية قد يترافق نقص التأكسج في كلا نمطي القصور التنفسي بزراق مركزي، انقطاع النفس، وتخليط، بينما قد يترافق فرط الكربمية برعاش خشن (غليظ) (اللاثباتية) أطراف دافئة ونبض مُقيد ووذمة محيطية ووذمة الحليمة البصرية.

ستقصاءات • الفحص السريري • غازات الدم الشرياني • صورة الصدر البسيطة • معدل لجريان الزفيري الأقصى PEFR • قياس النَفس • تعداد دموي كامل • زرع القشع. كل لك قد يساعد في تحديد السبب.

الجدول 2 - 19: انماط القصور التنفسي واسبابه

النمط الأول		النمط الثاني	
الحاد	المزمن	الحاد	المزمن
$PaO_2 \downarrow\downarrow$ $PaCO_2 \leftrightarrow$ $PH \leftrightarrow$ $HCO_3 \leftrightarrow$	$PaO_2 \downarrow$ $PaCO_2 \leftrightarrow$ $PH \leftrightarrow$ $HCO_3 \leftrightarrow$	$PaO_2 \downarrow$ $PaCO_2 \uparrow$ $PH \downarrow$ $HCO_3 \leftrightarrow$	$PaO_2 \downarrow$ $PaCO_2 \uparrow$ $PH \leftrightarrow$ او $\downarrow$ $HCO_3 \uparrow$
الربو	النفاخ (النافخ الوردي) Pink Puffer	التهاب لسان المزمار الحاد	التهاب القصبات المزمن (المنفوخ الأزرق Blue bloater)
وذمة الرئة الصمة الرئوية متلازمة الضائقة التنفسية عند البالغين تليف الرئة	فرط ضغط الدم الرئوي الناجم عن الانصمام الخثاري السُراط اللمفي	الربو الحاد الشديد شلل العضلات التنفسية	نقص التهوية السنخي الأولي

التدبير عالج نقص التأكسج في النمط الأول من القصور بإعطاء الأكسجين دون تقييد (اكثر من 35%). ثم كرر معايرة الغازات بعد 20 دقيقة لتتأكد من تصحيح الـPaO2، وتتأكد من عدم وجود ارتفاع هام في PaCO2.
يجب إعطاء الأكسجين بنسبة 24%، أو على الأغلب بنسبة 28%، في النمط الثاني من القصور. مع المحافظة على إجراء مناظرة لصيقة لـPaCO2. نظرا لأن عددا لا بأس به من مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن يحافظون على تهوية كافية ناجمة عن التنبيه نتيجة لنقص التأكسج. أكثر من التنبيه نتيجة انخفاض الضغط الجزئي لـCO2، فإن تصحيح نقص التأكسج بتأمين جريان عال من الأكسجين قد يثبط التنفس، مما يؤدي لحدوث تخدُر بثاني أكسيد الكربون (CO2 narcosis) والموت.

تستطب التهوية الآلية في حال عدم القدرة على الوصول لتصحيح كاف لنقص التاكسج دون زيادة فرط الكربمية إذا كانت المرضية الكامنة وراء القصور عكوسة. ربما كان لإعطاء المنبهات التنفسية المناسبة مثل الدوكسابرام Doxapram وريديا 4.1 مغ/دقيقة بعض الفائدة عند أولئك للرضى الذين لم تحدد الأسباب المرضية تماما. تعتمد العلاجات الأخرى على السبب.
للعالجة الفيزيائية ضرورية في تدبير تفاقمات الداء الرئوي الانسدادي للزمن. وكذلك الصادات للناسبة.
تستطب للوسعات القصبية والستيرويدات في حال وجود انسداد في للسالك الهوائية.

ACUTE ASTHMA الربو الحاد

هذه الحالة مهددة للحياة لذلك تحتاج إلى تقييم سريع ومعالجة سريعة.

شاد β_2 إرذاذا (سالبوتامول 5 مغ) خلال 5 دقائق مع تأمين جريان كبير للأكسجين

\+ ستيرويدات قشرية (هيدروكورتيزون وريديا > 200 مغ +40 مغ من بريدنيزولون فمويا)

أعدْ تقييم غازات الدم الشرياني والـ PEFR وسرعة القلب والضغط الدموي بعد 10 دقائق.

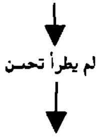
أعطِ جرعة من شاد β2 إرذاذا مساوية للجرعة السابقة

طرأ تحسن

استمر بإعطاء شاد β2 إرذاذا بشكل منتظم 4 مرات/ساعة + 40 مغ بريدنيزولون يوميا لمدة أسبوعين

لم يطرأ تحسن

شاد β2 إرذاذا (سالبوتامول 5 مغ) + مضاد الفعل الكوليني إرذاذا (إبراتروبيوم بروميد 0.5 مغ أعد تقييم غازات الدم الشرياني والـ PEFR وسرعة القلب والضغط الدموي بعد 10 دقائق



لم يطرأ تحسن

أعطِ السالبوتامول تسريبا وريديا بجرعة 5 ميكروغرام/د وعند أولئك المرضى الذين لم يأخذوا الثيوفيللين مسبقا أعط الأمينوفللين زرقا وريديا. بجرعة 5 مغ/كغ ببطء خلال 20د وأتبعه بتسريب 0.5 مغ/كغ/د منه

لم يطرأ تحسن

تهوية آلية

الشكل 9 - 19 تدبير الربو الحاد الشديد



الجدول 3 - 19 : استطبابات التهوية الآلية في الربو
لا تتاخر إلى ان يحتضر المريض.
• PaO_2 < 6.5 كيلو باسكال وما دون.
• $PaCO_2$ > 6.5 كيلو باسكال وما فوق.
• الباهاء 7.3 وما دون (H^+ > 50 نانومول/ لتر وما فوق).
• زيادة الإنهاك والضائقة التنفسية.
• توقف القلب والتنفس.

استرواح الصدر PNEUMOTHORAX

وهو وجود هواء ضمن الجوف الجَنَبوي ناجم إمّا عن وجود أذية نافذة سمحت بدخول الهواء من الخارج، أو حدث عفويا نتيجة تسرب الهواء من الرئة. والأسباب الرئيسية لاسترواح الصدر العفوي في المملكة المتحدة هي تمزق فقاعة تحت الجنبة أو حدوث التصاق جنبوي.
يمكن تمييز ثلاثة أنماط من استرواح الصدر:
استرواح الصدر المغلق: حيث ينغلق مكان التسرب عفويا.
استرواح الصدر المفتوح: والذي يبقى فيه الاتصال بين الرئة والحَيِّز الجنبوي مفتوحا.
استرواح الصدر الضاغط: وفيه يوجد اتصال صغير بين الرئة والحيز الجنبوي، هذا الاتصال يبقى مفتوحا أثناء الشهيق فقط، مما يؤدي لزيادة سريعة أو بطيئة في حجم الهواء داخل الحيز الجنبوي مؤديا لانضغاط الرئة المجاورة.

اللامح السريرية

الأعراض: بداية سريعة لألم صدري طاعن، بالإضافة لانقطاع النفس الذي نادرا ما يكون شديدا.

العلامات: ربما كانت قليلة تتضمن: الزراق، تسرع التنفس، فرط الرنين، نقص تمدد الجهة المصابة، ونقص الهواء الداخل إليها. ربما اشتد انقطاع النفس بسرعة في استرواح الصدر الضاغط، مع وجود علامات تدل على زيحان المنصف (زيحان الرغامى وضربة القمة نحو الجهة المعاكسة) والذي يسبب خللا شديدا في الجهازين التنفسي والقلبي الوعائي ثم الموت في حال تركت الحالة دون معالجة.

الاستقصاءات • صورة الصدر البسيطة في وضعيتي الشهيق والزفير: يمكن تحديد التسربات الهوائية الصغيرة أحيانا على الفلم المأخوذ بوضعية الزفير فقط. • ربما احتاج الأمر لإعادة

صورة الصدر البسيطة خلال فترة قصيرة لتقييم التغير في القد، وخاصة إذا توقعنا وجود استرواح الصدر الضاغط. • تحليل غازات الدم الشرياني: إجراء أساسي في حال وجود أمراض رئوية سابقة، فقد يتوضح القصور التنفسي، ولو باسترواح صغير في الصدر.

التدبير يجب ترك استرواح الصدر المغلق الصغير دون علاج ما لم تنخفض الوظيفة التنفسية نتيجة وجود مرض رئوي مستبطن. رغم أن إعادة صورة الصدر البسيطة هو إجراء أساسي يجب اللجوء إليه في حال ترديت حالة المريض. يتطلب استرواح الصدر الكبير إجراء نزح له بغرز قثطار ذي مقاس كبير إما في الحيز الوربي الثاني في الأمام، أو في الحيز الوربي الرابع على الوجه الجانبي، أو في الحيز الوربي الخامس. ثم نعمد لوصل القثطار بجهاز نزح تحت الماء، والذي يعمل كصمام ذي اتجاه واحد، حيث يسمح بخروج الهواء دون دخوله. يشير استرواح الصدر المفتوح عادة لوجود ناسور قصبي جنبوي، وهي حالة تؤهب لحدوث الخمج وتشكل استطبابا للتداخل الجراحي عليها.
استرواح الصدر الضاغط حالة طبية إسعافية تتطلب تدبيرا سريعا بغرز منزح وربي. وفي حال عدم توفر ذلك يمكن غرز قُنَي (Canula) لتفريج الضغط الجنبوي.
يستطب إجراء لصق الجنبة Pleurodesis في حال تكرر حدوث استرواح الصدر العفوي. ويمكن إجراء ذلك بغرز مواد مهيجة كالكاولين. والتي تحرض على تشكيل تفاعل التهابي مؤديا لحدوث التصاق بين سطحي الجنبة، وبطريقة أخرى يمكن القيام بإجراء جراحي يهدف لتجريد إحدى وريقتي الجنبة مما يؤدي لزوال الحيز الجنبوي: قطع الجنبة أو تقشير الرئة Pleurectomy .

الصمة الرئوية PULMONARY EMBOLISM

سبب الصمة الرئوية مرور خثرة وريدية آتية عادة من أوردة عميقة في الساعد أو الحوض في الشريان الرئوي في عدة حالات وضوح الخثار العديدي العميق يكون غائبا. يعتمد التشخيص غالباً على التوجه السريري. انظر الصفحة ص 85.

الملامح السريرية

وهط، انخفاض ضغط، تعرق، تسرع قلب. نفث الدم إذا كان موجوداً فإن ذلك موحٍ للصمة الرئوية.

الاستقصاءات • تحليل غازات الدم يُظهر عادةً نقص أكسجة ونقص كربنة. • صورة الصدر البسيطة غالبا طبيعية بالرغم من أنها كلاسيكياً تظهر انخماص اسفيني الشكل، شذوذات ثنائية الجانب أو انصباب جنبوي. • تفريس التهوية /التروية يظهر شذوذات هائلة من سوء اتصال التهوية التروية. • ECG يمكن أن يُظهر اجهاد البطين الأيمن، حصار الغصين الأيمن أو نمط S1، O3، T3. • أحيانا نحتاج تصوير الأوعية الرئوية الظليل وهو اجراء مشخص للحالة غالبا.

التدبير • للرضى ذوي التروية الجهازية للائمة: تعطي وريدياً حوالي 1000 وحدة/سا مع معايرة متتالية لابقاء زمن الترومبين اكثر بـ 2 - 3 مرة عن الطبيعي والأوكسجين 40 - 60%. • للرضى الذين يعانون من انخفاض ضغط نعطيهم العوامل الحالة للخثرات مثل الستربتوكيناز وفي الحالات الشديدة يُفضل مناقشة إمكانية ازالة الخثرة جراحياً. • للرضى المصابين بصدمة نعطيهم: 2.5 - 10 ميكروغرام/د من الـ dobutamine و 2 - 5 ميكروغرام/د من الـ Dopamine • نعطي مضادات التخثر الفموية. غالباً الوارفارين، بعد 3 - 5 ايام من الهيبارين ونستمر لمدة 6 اشهر او مدى الحياة عند تكرار الصمة الرئوية.

الاتقاء (الوقاية): يكون اتقاء حدوث الانصمام الرئوي عند المعرضين للخطر، كما في حالات ما بعد احتشاء عضل القلب مثلاً بإعطاء 5000 وحدة من الهيبارين 3 مرات يومياً، تحت الجلد وبلبس جوارب خاصة. يجب التفكير بغرز مظلّة أو شبكة في الوريد الأجوف السفلي عند المصابين بمرض الانصمام الرئوي الراجع رغم وضعهم على مضادات التخثر.

النزف المعدي المعوي العلوي
UPPER GASTROINTESTINAL HAEMORRHAGE

يتظاهر على شكل قياء الدم، التغوط الأسود (ناجم عن النزف في السبيل المعدي المعوي إلى الأسفل باتجاه القولون الصاعد) فقر الدم بعوز الحديد.

المسببات (الجدول 4 - 19): تتضمن الأسباب الأخرى: الدم المبتلع من الرعاف، الاعتلال الدموي B.dyscrasia، توسع الشعيريات النزفي، الصفروم الكاذب المرن، متلازمة إهلر - دانلوس، داء منيتريه، التشوه الشرياني الوريدي والناعور.

الجدول 4 - 19، أسباب النزف المعدي المعوي

السبب	%
القرحة العفجية	40
القرحة المعدية	15
التآكلات	10
الدوالي	10
التهاب المري	5
متلازمة مالوري ـ وايس	5
السرطانة	5
اسباب اخرى	10

التقييم والاستقصاءات

الملامح السريرية

الأعراض: اسأل المريض عن عسر الهضم (التُخمة)، سرف الكحول، تناول المسكنات، القصة العائلية، الدُّوام. قصة تهوُّع سابق Retching.

العلامات: ضغط الدم الانقباضي < 100يعني نقص أكثر من 30% من حجم الدم، سرعة القلب، شحوب، تعرق، دلائل المرض الكبدي.

الاستقصاءات

الاستقصاءات الدموية: الخضاب، الكسر الحجمي للكريات الحمر (الهيماتوكريت) (ربما كان سويا إلى أن يحدث تخفيف الدم)، كثرة البيض وكثرة الصفيحات شائعة.

الاستقصاءات الكيماوية الحيوية: ارتفاع اليوريا (الحمل البروتيني)، تكون اختبارات وظائف الكبد شاذة في أمراض الكبد، حديد المصل، ترنسفيرين.

الاستقصاءات الأنفية المعدية: قُمْ بالرشف، في حال كانت قصة النزف غير واضحة (توجد سلبية كاذبة عند البعض).

التنظير الداخلي: يسمح بتحديد السبب في >90% ويؤمن وسيلة لتدبير الدوالي بالمعالجة التصليبية. ربما كانت المعالجة التصليبية مفيدة أيضا في إيقاف النزف من بعض القرحات الهضمية. يكون خطر عودة النزف عاليا في حال كان الوعاء مرئيا في أُقْنَة (حفرة) القرحة.

التصوير الشعاعي بعد الباريوم: يُحدّد موضع النزف في 80% من الحالات وهو مفيد في طور النقاهة أو في حالات فقد الدم المزمن.

تصوير الأوعية: مفيد في حال استمر النزف بشكل فعال و لم يعرف موضعه.

كريات الدم الحمراء الموسومة شعاعيا: مفيدة في تحديد النزف الخفيف الدرجة من السبيل المعدي المعوي، وخصوصا إذا كانت الحدثية المرضية بمنأى عن متناول مجال التنظير الداخلي.

التدبير يجب فتح خط وريدي عند كل المرضى، والقيام بنقل الدم للمرضى الذين ضغطهم الدموي الانقباضي < 100. او سرعة القلب عندهم > 100 يتوقف النزف عفويا عند معظم المرضى. للمرضى الذين يستمر النزف لديهم. والذين يعانون من نقص ضغط الدم بشكل مستمر. والذين تتطلب حالتهم إجراء نقل دم مستمر لهم، يجب إحالتهم للقيام بتداخل جراحي عليهم باستثناء حالة الدوالي النازفة فعندها يستطب إجراء تنظير داخلي عاجل مع معالجة مُصلِّبة. يجب ان يخضع المرضى الذين يتوقف النزف عندهم لتنظير داخلي في القرب فرصة ممكنة. مرضى القرحة المترافقة بجَلطة لصوقة او وعاء مرئي في قاعدتها معرضون لخطر زائد من عودة النزف لديهم. ويجب معالجتهم معالجة مُصلبة طالما كانت هناك إمكانية لذلك. يجب تحويل مرضى النزف المعاود إلى قسم الجراحة.

مرضى القرحات الخالية من السمات الدالة عليها، أو المترافقة بخطر عال من عودة النزف، أو عند وجود مصادر لهذا النزف كالتاكلات، يجب أن يتناولوا ضواد H2 كالرانتيدين 300مغ مرتين يوميا عن طريق الفم، مع المكوث في المستشفى مدة 4 - 7 أيام.
لايحتاج المرضى المصابون بمزقات (تمزق) مالوري وايس لأي معالجة نوعية. ويتم تخريجهم من المستشفى بشكل مبكر.

الإنذار بقي معدل الوفيات الكلي الناجم عن النزف المعدي المعوي العلوي الحاد ثابتا خلال الـ 40 سنة الأخيرة، وهو يساوي حوالي 10%. تتضمن عوامل الإنذار غير المواتية: التقدم بالعمر، والصدمة عند حضور المريض، وعودة النزف، والدوالي. الإنعاش الجدّي والمبكر، وكذلك التدبير، وخصوصا في المجموعة المعرضة للخطر، هي أمور أساسية.

التهاب المعثكلة الحاد ACUTE PANCREATITIS

الملامح السريرية

الأعراض: ألم شديد عادة، يتظاهر تقريبا في كل الحالات يكون على أشده في الشرسوف وينتشر إلى الخلف. ربما انفرج الألم عند الجلوس والانحناء نحو الأمام، من الشائع وجود الغثيان والقياء.

العلامات: إيلام ودفاع شرسوفي، انتفاخ البطن، حُمى، يرقان، كدمات حول السرة أو في الخاصرة (علامات كولين وغري تورنر على الترتيب)، صدمة وسبات.

الجدول 5 - 19: التهاب المعثكلة

الحاد	المزمن
الكحولية	الكحولية
حصيات المرارة	انسداد قناة المعثكلة
الأدوية مثل التيازيدات، آزاثيوبرين، الإستروجين، فروسميد	فرط الدرقية
الرضح	الصباغ الدموي
بعد العمل الجراحي، بعد إجراء ERCP	غامض السبب
سرطانة المعثكلة	وراثي
فرط الدريقية	التهاب المعثكلة التكلسي المداري.
الخمج بالخمات مثل النكاف، كوكساكي، حمة إبشتين بار	

الاستقصاءات • مستوى أميلاز المصل: يكون مرتفعا في معظم الحالات، تكون المستويات في حدودها السوية أحيانا عندما يراجع المريض بشكل متأخر. وفي هذه الحالة ربما وجدنا ارتفاع مستويات الأميلاز في البول. الأسباب الأخرى التي تودي لارتفاع أميلاز المصل

موجودة في (الجدول 6 - 19). • التكلسات المعثكلية على صورة البطن البسيطة: مميزة لالتهاب المعثكلة الكحولي. ربما شاهدنا العروة العفجية الخفيرة (الحارسة) بسبب العلوص النّاحي على هذه الصورة. • صورة الصدر البسيطة CXR: ربما أظهرت ارتفاع قبة الحجاب في الجانب الأيسر مع انخماص الرئة وانصباب جنبوي. • التعداد الدموي الكامل FBC: غالبا يظهر وجود كثرة البيض وارتفاع قيمة الخضاب بسبب التركيز الدموي.
•فرط غلوكوز الدم، نقص الكلسمية، نقص التأكسج، وجود الميتهموغلوبين في الدم: تشير لالتهاب المعثكلة الشديد. • غسل الصفاق P. Lavage: يظهر ارتفاع مستوى الأميلاز وناقلة الأمين في سائل الغَسْل في التهاب المعثكلة الشديد. • التصوير بفائق الصوت: ربما كشف وجود تورم في الغدة الملتهبة، وربما أظهر أيضا وجود حصيات في المرارة أو توسعا في القناة الصفراوية الأصلية. التصوير بفائق الصوت مفيد خاصة في تحديد الكيسات المعثكلية الكاذبة والتي تمثل مضاعفة شائعة لالتهاب المعثكلة الحاد.

الجدول 6 - 19 : أسباب فرط أميلاز المصل

التهاب المعثكلة الحاد	النكاف.
انثقاب الأمعاء أو انسدادها	الإقفار المساريقي.
فتح البطن.	التهاب الكبد.
المورفين.	سرطانة المعثكلة.
القرحة العفجية النافذة نحو الخلف	الحروق.
القصور الكلوي.	فرط أميلاز المصل الولادي.

المضاعفات شائعة وتتضمن: الصدمة، الكيسات المعثكلية الكاذبة، الخراجات، متلازمة الضائقة التنفسية عند البالغين، الداء السكري، قصور الكلية والكبد، التنخر المنتشر داخل الأوعية.

التدبير لا يوجد تدبير مُحدد. غير انه من الأهمية بمكان اتخاذ إجراءات داعمة كتصحيح اضطرابات الكهارل، تعويض السوائل، تفريج الألم بشكل كاف.
من الضروري القيام بالكشف والتدبير المبكر للقصور الكلوي والقصور التنفسي والأخماج بما فيها الخراجات.
تظهر بعض الدراسات فائدة اتخاذ إجراءات اخرى كتخفيف إفراز المعثكلة بالرشف الأنفي المعدي، أو بإعطاء الغلوكاغون، إجراء جراحة مبكرة في التهاب المعثكلة النخري الشديد، إجراء ERCP مبكر مع بضع المصرة بهدف السماح بمرور حصيات القناة الصفراوية.

الإنذار تقارب نسبة الوفيات الناجمة عن التهاب المعثكلة الحاد الـ 15%، بينما تكون نسبة الوفيات في التهاب المعثكلة النزفي الحاد فوق 50%، تتضمن العوامل المشيرة لسوء الإنذار: الحمى، نقص الضغط، تسرع القلب، وجود مشاكل تنفسية عند القبول. يعتبر التطور المتأخر لنقص الكلسمية ونقص التأكسج وفرط سكر الدم مؤشرا لسوء الإنذار.

يُعرف على أنه حدوث اعتلال دماغي خلال ثمانية أسابيع من بدء الأعراض عند المرضى دون وجود مرض سابق في الكبد. تشتمل الأسباب الأشيع في المملكة المتحدة على التسمم بالباراسيتامول، التهاب الكبد الخموي بالحُمّات A و B لا A لا B، السميّة الدوائية بما فيها التهاب الكبد بالهالوتان.

الملامح السريرية يعتبر الاعتلال الدماغي الشذوذ السريري الأكثر وضوحاً في قصور الكبد الخاطف، والذي يمكن تقسيمه لـــ 4 مراحل: المرحلة I – تخليط ؛ المرحلة II – نعاس ؛ المرحلة III – تخليط شديد مع نعاس ؛ المرحلة IV – سبات. تتضمن الملامح الأخرى، التّكدُّم، النزف المعدي المعوي، اليرقان، شحّ البول.

الاستقصاءات والمضاعفات

- *وذمة مُخيَّة*: ربما حدثت عند مرضى المرحلة IV للاعتلال الدماغي، وتمتاز بفرط ضغط الدم المجموعي، بطء القلب، توسع الحدقة، تشنُّج ظهري Opisthotonis.
- *قصور كلوي*: وهو الأشيع، ويمكن تقسيمه إلى نخر نبيبي حاد مع ارتفاع صوديوم البول ونقص الحلولية، وإلى قصور كلوي وظيفي مع انخفاض صوديوم البول وارتفاع الحلولية Osmolality.
- *الإنتان Sepsis*: وهو شائع أيضاً، وربما حدث دون علامات جليّة باستثناء تردّي الحالة السريرية.
- *النزف*: بسبب الاعتلال الخثري الثانوي لاختلال وظيفة الكبد التركيبية والتخثر المنتشر داخل الأوعية، ربما كان النزف تحت الجلد أو معدياً معوياً، كلوياً، داخل المخ.
- *اضطراب قلبي رئوي*: المميَّز بالصدمة ومتلازمة الضائقة التنفسية عند البالغين.
- *استقلابي*: من المألوف حدوث اختلال في الاستقلاب مع وجود نقص سكر الدم، نقص الصودمية، فرط البوتاسمية، الحماض الاستقلابي، نقص التأكسج.

التدبير والوقاية تتضمن الإجراءات الانتقائية. ولتي تكون مناسبة عند كل المرضى، مهارة تمريضية مع وضع المريض بوضعية نصف الاضطجاع والرأس منتصباً. تسريب الديكستروز. المعالجة بضواد H2. الصادات الواسعة الطيف. يجب إجراء ما يلي طالما كان مناسباً: تهوية آلية لتصحيح نقص التأكسج ومعالجة الوذمة المخية. الديال الدموي و/او الترشيح المستدق لعلاج القصور الكلوي وفرط الحمل الحجمي. مناظرة ضغط سوان - غانز لضمان حجوم ملء قلبية كافية للنتاج القلبي إعطاء مانيتول 10% بجرعة 10مل خلال 20 دقيقة لمعالجة فرط ضغط الدم داخل القحف وإعطاء الصورة المجمّدة الطازجة والصفيحات لتصحيح الاعتلال الخثري المرافق للنزف. يجب التفكير باغتراس الكبد عندما تكون حالة المرضى متردية. وعندما يبدو ان الشفاء أمر غير وارد.

الإنذار سيء، ولكنّه يتأثر بشكل كبير بالمعالجة المُتقنة في وحدة العناية المُشدَّدة. يكون معدل الوفيات عند مرضى المرحلة IV من الاعتلال الدماغي حوالي 70% عموماً. ومهما يكن، يؤثر السبب بشكل هام على معدل الوفيات عند هؤلاء المرضى، حيث يكون معدل الوفيات 50% تقريباً عندما يكون السبب تسمماً بالباراسيتامول أو التهاب الكبد بالحمّات A أو B مقارنة مع معدل وفيات 90% والسبب هو التهاب الكبد بالحمات لا A، لا B أو التهاب الكبد بالهالوتان، والكلام دوماً عند مرضى الدرجة IV للاعتلال الدماغي. على كل، فإنّه تجدر الإشارة بأنّه يحدث شفاء تام كامل عند المرضى الذين يبقون على قيد الحياة عادة.

دوالي المري OESOPHAGEAL VARICES

يحدث فرط الضغط البابي كعقبول لزيادة الجريان الدموي الحشوي وارتفاع المقاومة الوعائية الكبدية عند المرضى المصابين بمرض كبدي. وهذا يؤدي لانفتاح وتوسع المفاغرات البابية المجموعية، علماً أنّ المفاغرة الأكثر أهمية تقع في النهاية السفلية للمري. 30% من مرضى الدوالي فقط حدث لديهم نزف في وقت ما، وهذا شائع عند مرضى الدوالي الضخمة. عوامل الخطر الأخرى غير مفهومة جيداً.

اللامح السريرية قياء الدم الغزير هو التظاهرة الأكثر شيوعاً، رغم أنّ الدوالي قد تنزف ببطء أحياناً، فيتظاهر ذلك على شكل تغوط أسود أو فقر الدم. توجد عند الكثير من المصابين بدوالي المري سمات (علامات) المرض الكبدي المزمن.

الاستقصاءات يوضع التشخيص بإجراء التنظير الداخلي، والذي يجب أن يتمّ بسرعة عند المرضى المعروف أو المفترض إصابتهم بمرض كبدي. يتيح التنظير الداخلي تحديد موقع النزف بالإضافة لكونه وسيلة للمعالجة.

التدبير معالجة النزف الحاد: بالإنعاش للتبوع بالمعالجة التصليبية بالزرق بأيدٍ ماهرة. وإذا كان ذلك غير متاح او غير ناجح يجب تسريب 10 وحدات دولية من الفازوبرسين وريدياً يليه تسريب 0.4 وحدة دولية/دقيقة، مع تسريب 200 ميكروغرام/دقيقة نتروغليسرين. يُقلّل الدواء الأخير من سمية الفازوبرسين ويحسّن فعاليته. إذا استمر النزف يكون الدحس البالوني بأنبوب سنغستاكن - بلاكمور ناجحاً عادة. يجب التفكير بالقطع العرضي للمري في حال عدم الاستجابة لمثل هذه الإجراءات.

عودة النزف: عودة النزف شائعة بعد كل الإجراءات الطبية الموصوفة سابقاً. ويمكن تقليلها بالمعالجة التصليبية زرقاً لطمس الدوالي. يخفف إعطاء البروبرانولول 160مغ الطويل للفعول LA /يوم من خطر عودة النزف أيضاً.

للعالجة الاتقائية، لا ينزف العديد من المرضى للصابين بالدوالي، وبالتالي فاجراء معالجة تصليبية لكل المرضى المصابين بالدوالي هو إجراء غير مناسب. يخفف البروبرانولول 160مغ الطويل للفعول/يوم من خطر النزف لذا يجب إعطاؤه عند مرضى الدوالي الضخمة عندما لا يوجد ما يمنع من إعطاء محصرات البيتا.

تمتاز هذه الحالة بوجود شح البول (< 15 مل بول/ساعة) أو زرام (انقطاع البول) مع ارتفاع الكرياتينين والبوتاسيوم في المصل بشكل شائع، وهذه الحالة عكوسة غالبا عند اتخاذ العلاج المناسب.

المسببات تقسم الأسباب بشكل تقليدي إلى 3 مجموعات:

ما قبل الكلية: بسبب نفاد الحجم، بشكل ثانوي للتجفاف والنزف أو انخفاض النتاج القلبي. تمتاز بوجود شح البول وثقل نوعي بولي عال (> 1.020) ونقص صوديوم البول (< 10 ميلي مول/ل). يحدث نخر نبيبي حاد (ATN) إذا استمرت الأذية المستبطنة لفترة طويلة، ويأخذ هذا النخر نمط شح البول مع انخفاض الثقل النوعي (< 1.010).

داخلية المنشأ : بسبب مرض كلوي وعائي، التهاب كبيبات الكلى الحاد، فرط ضغط الدم الخبيث، البيلة الميوغلوبينية، سموم كالباراسيتامول، أو رباعي كلور الكربون.

ما بعد الكلية : بسبب انسداد مخرج السبيل البولي كما في فرط تصنع الموثة، التضيق الحالبي، أورام المثانة أو الحوض.

اللامح السريرية تخليط، غثيان، قياء، تجفاف، شح البول. يحدث فرط حمل حجمي مع وذمة الرئة ووذمة محيطية ونقص الصودمية عند بعض المرضى.

الاستقصاءات • معايرة اليوريا، الكرياتينين، البوتاسيوم في المصل. • مخطط كهربائية القلب والبحث عن احتشاء حديث، أو موجات T على شكل الخيمة في فرط البوتاسمية. • سرعة الإفراغ البولي، الثقل النوعي، الحلولية، الفحص المجهري. • تقييم التوازن الدقيق للسوائل. • زرع الدم والتصوير بفائق الصوت. • الأفضل تجنب إجراء تصوير الجهاز البولي الوريدي بسبب السُمية.

التدبير **يهدف لعكس المضاعفات المهددة للحياة وتحديد السبب المستبطن.**

• فرط البوتاسمية سمية (> 6 ميلي مول/ل):

- 10 مل 10% غلوكانات الكاليسيوم وريدياً.

- 15 وحدة انسولين منحل في 50 مل ديكستروز 50%.

- Calcium rsonium 15غ يومياً عن طريق الفم او الشرج.

- اعطاء HCO3 100 مل بتركيز 1.26% بالتسريب الوريدي خلال 60 دقيقة.

- نلجا إلى الديال الدموي في حال فرط البوتاسمية الشديد وخاصة للترافق مع قصور كلوي.

- تحديد ومعالجة السبب المستبطن هو امر اساسي.

• توازن السوائل: قيم حالة الاماهة. تتم الاعاضة تحت مراقبة الضغط الوريدي المركزي. نعطي 40 - 250 ملغ وريدياً من الفروسيميد frusemide إذا حدث فرط حمل وذلك لمنع حدوث تنخر انبوبي حاد.

في حال استمرار شح البول، نعوض بإضافة 750 مل للحصيل في اليوم السابق (نرفع الكمية في حالات القياء، الاسهال، فقد الدم).
• حالة الحمض، اساس: حماض استقلابي عادة. إذا كان الباهاء < 7.0 نعطي بيكربونات 1.26% وريدياً لرفع الباهاء > 7.1 (200 - 500 مل عادة).
• الديال : يستطب عند استمرار فرط البوتاسمية او الحماض. او للتخلص من السوائل الزائدة كما في وذمة الرئة.
• حمية صارمة للبروتين.

النزف تحت العنكبوتي SUBARACHNOID HAEMORRHAGE

نزف عفوي في المسافة تحت العنكبوتية، في 70% من الحالات يكون السبب امهات الدم داخل القحف، 10% التشوهات الشريانية الوريدية.

الملامح السريرية صداع شديد مفاجئ مترافق مع اقياء. غالباً ما يُتبع بفقدان الواعي. تترافق الحالة بعلامات التخريش السحائي وهي صلابة النقرة وعلامة كيرنغ. بتنظير قعر العين يمكن أن نجد وذمة حليمة ونزف شبكية وتحت زجاجي.

الاستقصاءات • إن التصوير الطبقي المحوري يكون ذو دلالة في 95% من الحالات، من الممكن أن يكون البزل القطني ذو دلالة (يظهر اصفرار ودم في السائل الدماغي الشوكي)، نلجأ إلى تصوير الأوعية الدماغية لتحديد الآفة الوعائية.

التدبير نعطي الـ nimodipine (60 ملغ كل 4 ساعات) حيث انه ينقص الاقفار الدماغي. الجراحة في حال ام الدم او التشوه الشرياني الوريدي.

التهاب السحايا MENINGITIS

قد ينجم التهاب السحايا عن الجراثيم، الحُمّات، الملتويات، الأوالي، الفطور. الخمج بالحمّات هو الأشيع، بينما الإفرنجي والسل نادران.

الملامح السريرية ربما ظهرت بسرعة، أو خلال أسابيع كما في الخمج السلي، وهي تتألف من ملامح ناجمة عن الخمج، عن التهيّج (الحالة السحائية)، عن ارتفاع الضغط داخل القحف.

الأعراض: وسن، صداع، ألم رقبي، الخوف من الضياء، حُمّى.

العلامات: تيبُّس الرقبة (عدم المقدرة على ثني رأس المريض بحيث تلامس ذقنُه الصدرَ)؛ علامة كيرنغ (عدم المقدرة على مدّ الساق دون مستوى الركبة عندما يكون الورك مثنياً بزاوية 90 درجة)، نعاس، ووذمة الحليمة البصرية بشكل نادر. قد يظهر طفح جلدي فرفري واضح في التهاب السحايا بالمكورات السحائية.

الاستقصاءات بزل قطني مع فحص السائل النخاعي (الجدول 7 - 19).

الجدول 7 - 19 . أسباب أخماج الجهاز العصبي المركزي وموجودات السائل النخاعي

السبب	الفحص المجهري	الفحوص الكيميائية الحيوية
جرثومي	كريات بيضاء متعددة الأشكال. كائنات حية مثل المكورات المزدوجة السلبية الغرام	نقص الغلوكوز ارتفاع البروتين
خموي	لمفاويات. لا يوجد كائنات حية	الغلوكوز سوي. ارتفاع طفيف في البروتين
تدرُّني	لمفاويات وعصيات السلّ على صبغة زيل نلسون	نقص الغلوكوز. ارتفاع البروتين
خبيث	خلايا التهابية وخبيثة مختلطة	نقص الغلوكوز. ارتفاع البروتين

التدبير تعتمد معالجة التهاب السحايا الجرثومي بصادات نوعية على تحديد الكائن الحي المسؤول. المكورات السحائية والمكورات الرئوية: بنزيل بنسلين 1.2 - 2.4 غ كل 4 ساعات وريدياً ، المستدمية النزلية: كلورامفينيكول 3 - 5 غ يومياً (او امبيسلين) ، السل: إيزونيازيد، إيتامبيتول، بيرازينامايد ، المستخفية: امفوتيرسين وريدياً وفلوسيتوزين فموياً. يعالج التهاب السحايا الجرثومي المشكوك بسببه قبل التأكد من الأحياء المجهرية بإعطاء البنسلين عند البالغين والكلورامفينيكول عند الأطفال عادة. معالجة التهاب السحايا الخُموي اعراضية بشكل عام، ما عدا الناجم عن الحلا البسيط نعالجه باسيكلوفير، والناجم عن الحمة المضخمة للخلايا حيث نعالجه بجانسيكلوفير Ganciclovir.

الإنذار يعتمد على السبب، وفي التهاب السحايا الجرثومي على التأخُّر قبل التشخيص والمعالجة.

التهاب الدماغ ENCEPHALITIS

تستطيع معظم الحمّات المسببة لالتهاب السحايا أن تسبب التهاب الدماغ (خمج نسيج الدماغ). أشيع سبب لالتهاب الدماغ في المملكة المتحدة هو الحلأ البسيط، رغم ازدياد التهاب الدماغ بحمة عوز المناعة الإنسانية. تتضمن الأنماط الأخرى: الحصبة، النكاف، الحماق، التهاب سنجابية النخاع، التهاب الدماغ المُصلِّب تحت الحاد، التهاب الدماغ الوسني، الاعتلال الدماغي الأبيض المتعدد البؤر المترقي.

الملامح السريرية

الأعراض: صداع، نعاس، نوب (اختلاجات).
العلامات: عجز عصبي بؤري مثل الحبسة، الشلل الشقي وآفات الأعصاب القحفية، حُمّى.

الاستقصاءات • يجب تمييزه عن الاعتلال الدماغي، الخراجة المخية، أورام الجهاز العصبي المركزي. • بزل قطني بعد إجراء التصوير المقطعي المحوسب، يزداد ضغط السائل النخاعي عادة مع زيادة البروتين وكثرة الخلايا اللمفاوية. • يظهر مُخطط كهربائية الدماغ بطئا منتشراً مع تفريغات صرعية الشكل في التهاب الدماغ الحلئي. • ربما كان ازدياد قبط الفص الصدغي للنظائر على تفريسة الدماغ ملمحا للمرض الحلئي. تستطب خزعة الدماغ أحياناً لأنّ الحالة محتملة المعالجة بشكل كامن. • ربما كانت الدراسات الحموية والمناعية على السائل النخاعي والمصل مفيدة في إثبات التشخيص، لكنّ النتائج غير متيسرة في الطور الحاد عادة.

التدبير معالجة لعراضية باستثناء التهاب الدماغ بالحلأ البسيط. يستطب تسريب 5 - 10 مغ/كغ من اسيكلوفير ثلاث مرات /اليوم مع 4 مغ ديكساميتازون 3 مرات /اليوم في حال الشك بالتهاب الدماغ الحلئي. تم التخلص فعلياً من التهاب سنجابية الدماغ والنخاع بعد التلقيح ضد التهاب سنجابية النخاع.

الإنذار جيد عند معظم المرضى رغم احتمال بقاء عجز عصبي. تحدث الحصيلة الأسوأ في الحلأ البسيط مع معدل وفيات 15 - 20% وفي التهاب الدماغ المُصلّب تحت الحاد.

الحالة الصرعية STARUS EPILEPTICUS

تعرف هذه الحالة على أنها نوبات متكررة من الصرع بدون أن يكون للمريض فرصة بأن يستعيد وعيه من النوبة السابقة. النوبات المعممة المتكررة تكون ظاهرة لكن الحالة الغير اختلاجية تحتاج إلى EEG لوضع التشخيص. هناك حالات تكون كاذبة وتكون ذات أرضية نفسية حيث تميل الحركات هنا لأن تكون ذات طابع عشوائي عوضاً أن تكون منتظمة غالباً ما يتلوى، مع حركات رأس من جهة إلى جهة ودفع حوضي. غالباً ما يكون هناك زرقة، مقاومة لفتح العين منعكس الحدقة والمنعكس القرني يكونا موجودين كما أن المنعكس الأخمصي يكون بالانعطاف، عدم الاستحسان نادر.

التدبير

- قيم حالة الطرق الهوائية، التنفس، الدوران.
- ادخل الـ O2 بجريان عالي. ونبب للمريض عند الضرورة.
- تامين خط وريدي (فتح وريد) لعطي N.Saline 0.9%. إذا كان هناك شك بنقص سكر نعطي 50 مل ديكستروز 50%. إذا كان للريض كحولي نعطي 250 ملغ تيامين thiamine.
- اطلب: تحليل بولة وشوارد. سكر. كاليسيوم الصيغة الدموية. الكحول. مستويات الأدوية. غازات الدم. للغنزيوم إذا كان متوفراً. اختبارات وظائف الكبد. الفوسفات. clotting screen.
- اعطي الديازيبام وريدياً 5 - 15 ملغ (2.5 ملغ/د) كرر الجرعة إذا كان ذلك ضرورياً لجرعة قصوى قدرها 40 ملغ او اعطي لورازيبام 4 ملغ (كرر الجرعة مرة واحدة بعد 10 دقائق إذا كان ضرورياً).
- أعطي فينيتوئين 15 - 18 ملغ/كغ خلال 30 - 50 ملغ/د.
- اعطي فينوباربيتون 10 ملغ/كغ خلال 1000 ملغ/د تسريباً بالوريد.
- إذا لم يتم السيطرة على الحالة خلال 60 - 90 د نجري التخدير العام.
- إذا لم نستطع فتح وريد نعطي الديازيبام شرجي أو ميدازولام عضلي متبوع بالبارالوهيد paraldehyde 10 - 20 مل عضلي او شرجي (كرر مرة واحدة بعد 15 - 30 د).

الإنتانمية (الإنتان الدموي) SEPTICEMIA

تجرثم الدم Bacteremia هو انتشار الخمج في تيار الدم، وفي حال تكاثرت الكائنات الحية فعندها ندعو الحالة بالإنتانمية. الموضع الأولي للخمج غير معروف غالباً لكنه، كثيراً ما يكون في المرارة، الأمعاء، الرئتين، السحايا، السبيل البولي. ربما أدى انتشار الخمج لتشكل خراجات في أعضاء متعددة. غالباً ما يوجد عدد من العوامل المؤهبة وتتضمن: الرضح المتعدد، الجراحة، السكري، الكحولية، الثوي المكبوت المناعة، الخباثة. كل كائن حي خمجي قادر على إحداث الإنتانمية، لكنّ السبب الأشيع لها هو مجموعة الجراثيم السلبية الغرام.

الملامح السريرية الملامح التقليدية للصدمة الانتانية هي: الحُمّى، نقص الضغط، التوسع الوعائي، تسرع القلب، تسرع التنفس. وربما حدث قصور جهازي متعدد يشمل الكليتين، القلب، الرئتين (متلازمة الضائقة التنفسية عند البالغين ARDS)، التخثر المنتشر داخل الأوعيةDIC، المعثكلة، الأمعاء، الكبد، الدماغ.

الاستقصاءات • التعداد الدموي الكامل. • تقصي التجلّط، مستوى الفبرينوجين. • نواتج نكوص الفبرين (الليفين). • اليوريا والكهارل، الكرياتينين. • اختبارات وظائف الكبد. • كهارل البول. • تصفية الكرياتينين. • الغلوكوز. • غازات الدم الشرياني. • تخطيط كهربائية القلب ECG. • صورة الصدر البسيطة CXR. • زروع متعددة للدم

(زرع الهوائيات واللاهوائيات). • عينة منتصف البول MSU. • السائل النخاعي (الدماغي) CSF. • سائل المَنْزَح. • صبغ القشع بصبغة غرام وزرعه.

التدبير معالجة نقص الضغط، ونقص التاكسج. معالجة الخمج وتحسين تروية النسج. تأمين اكسجة كافية (تزويد الأكسجين عبر قناع الوجه او القُنية الأنفية او التنبيب داخل الرغامى او تأمين تهوية صنعية عند الحاجة). تأمين طريق وريدي. مناطرة النبض، ضغط الدم، درجة الحرارة والنتاج البولي كل ساعة. قد نحتاج لمراقبات عصبية. قياس الضغط الإسفيني، الشريان الرئوي او الوريدي المركزي مفيدة. يجب المحافظة على الضغط الدموي بتأمين محاليل بلورانية او غروانية او إعطاء كليهما. قد نحتاج لإعطاء الدوبامين، الدوبيتامين، النورادرينالين للمحافظة على حصيل قلبي وبولي كافيين. يجب القيام بنزح جراحي لكل المناطق للشكوك بوجود إنتان فيها. يجب البدء بإعطاء مضادات الجراثيم فوراً (بعد القيام بزروع الدم)، والتي يجب ان تكون فعالة ضد طيف واسع من الكائنات الحية. غالباً ما نستخدم مشاركة من البنسلين الواسع الطيف، والسيفالوسبورين، والأمينوغليكوزيدات وعوامل مضادة للاهوائيلات مثل آزلوسيلين Azlocillin، سيفوتاكسيم Cefotaxime والجنتاميسين، التوبراميسين والمترونيدازول.
يمكن تغيير خطة المعالجة حالما نحصل على نتيجة زروع الدم. ويبقى دور الستيرويدات القشرية (30 مغ/كغ ميتيل بردنيزولون) مثار جدل. تعالج الأنماط الفردية من قصور الأعضاء بالطرق المتعارف عليها.

الإنذار نسبة البقيا 50% تقريباً.

نقص سكر الدم HYPOGLYCAEMIA

نقول بوجود نقص في سكر الدم اعتماداً على التعريف الكيماوي الحيوي لنقص سكر الدم عندما يكون غلوكوز الدم <2.2 ميلي مول/ل رغم إمكانية بدء الأعراض عند مستويات أعلى لسكر الدم. تتضمن الأسباب: الداء السكري المعالج بكمية زائدة من الأنسولين أو السلفونيل يوريا، قصور الكبد، الغدوم الكبدي، داء أديسون.

اللامح السريرية تعرُّق، رعاش، تخليط، تسرع القلب، وإذا استمر نقص سكر الدم لفترة طويلة يدخل المريض في سبات، ونصادف علامات عصبية مركزية بؤرية مثل الخزل الشقي، أو نصادف، في حالات أكثر خطورة، احتشاء مخياً قشرياً.

الاستقصاءات • التشخيص والعلاج الفوريان أمر ضروري. • يجب تحري مستوى غلوكوز الدم اعتماداً على أخذ عينة من دم الإصبع، وتحري مستوى الغلوكوز في جهاز خاص طالما كان ذلك ممكناً، على أن يترافق ذلك بأخذ عينة لإثبات النتائج في المخبر.

التدبير يجب عدم التأخير في بدء التدبير بحجة انتظار نتائج معايرة غلوكوز الدم. يجب إعطاء 30 - 20 غ من سكاكر قابلة للامتصاص بسرعة فموياً (حليب، قطعة حلو، سكر) إذا كان المريض واعياً. في حال كان المريض غير قادر على تناول سوائل فموية فيجب إعطاء الغلوكوز وريدياً على هيئة ديكستروز (50%) بمقدار (50 مل) وذلك من خلال مسرب وريدي كبير. إن قدرة 0.5 - 1 مغ من الغلوكاجون على رفع مستوى سكر الدم أبطأ من قدرة التسريب الوريدي للغلوكوز. وعليه فلا نستخدم هذه الوسيلة إلا عند وجود صعوبة في تأمين طريق وريدي. أو قد يستخدمها أقارب المريض بانتظار وصول مساعدة طبية. في حالات لاعتيادية. حيث هناك صعوبة في تأمين طريق وريدي. وحيث الغلوكاجون غير متيسر أو هناك ما يمنع من إعطائه، كما في حالات نقص سكر الدم المحدث بالسلفونيل يوريا. يجب إعطاء الغلوكوز عبر أنبوب أنفي معدي. من الشائع حدوث نقص سكر دم راجع عند السكريين الذين يتناولون مستحضرات من أنسولين طويل الأمد أو السلفونيل يوريا. وقبول هؤلاء المرضى في المستشفى بهدف مناطرتهم أمر ضروري.

KETOACIDOSIS الحماض الكيتوني

حالة إسعافية طبية حقيقية ذات معدل وفيات يصل لـــ 10 - 20%، وهي ربما تظاهرت عند مريض معروف إصابته المسبقة بالداء السكري أو غير معروف.

اللامح السريرية المُسيطر على الصورة السريرية هو: • التجفاف المتميز بحدوث تسرع القلب، نقص الضغط، جلد جاف رخو. • الحماض المترافق بتنفس عميق سريع (الجوع للهواء). • الخلال المترافق مع قياء، ونتن Fetor، وألم بطني. • النعاس الذي يعتبر شائعاً، بخلاف سبات نقص سكر الدم الذي لا يكون شائعاً. • الملامح المسرِّعة، التي ربما كانت واضحة: كالخمج بذات الرئة مثلاً، أو احتشاء عضل القلب أو الجراحة.

الاستقصاءات • مستوى غلوكوز الدم. • مستوى اليوريا والكهارل. • غازات الدم • تحليل البول.

التدبير

• فتح وريد.

• ادخال 1000 مل من المحلول الملحي النظامي خلال ساعة، تتبع بـ 1000 مل خلال ساعتين وبعد ذلك 500 مل كل ساعتين. يجب مراقبة الضغط الوريدي المركزي عند المرضى الكبار وعند المرضى المصابين بالداء القلبي الاقفاري.

• ادخال الأنسولين تسريباً بالوريد مبتدءاً بـ 6 وحدات/سا ثم 2 - 4 وحدة/ساعة.

يجب أن نخفض سكر الدم بشكل لطيف إلى 12 - 15 ميلي مول/ليتر.

• مراقبة الحصيل البولي.

• ادخال البوتاسيوم وريدياً إذا لم يكن < 5 ميلي مول/ل. وحتى عندما يكون المستوى الأولي للبوتاسيوم في الدم مرتفعاً فهناك حاجة لاعاضة 20 ميلي مول/ل من السوائل للمحافظة على حالة بوتاسمية سوية، وكثيراً ما نحتاج لتقديم المزيد. المراقبة المستمرة لمخطط كهربائية القلب أمر مفيد.

• نادراً ما نحتاج لاعاضة البيكروبونات لتصحيح حالة الحماض. ولكن ربما احتجنا لتسريب بطيء لـ 100 ميلي مول من بيكربونات الصوديوم (1.26%) خلال 4 - 6 ساعات إذا كان Ph الدم الشرياني تحت الـ 7. سوف نكون بحاجة لتامين اضافات خارجية من البوتاسيوم.

لوحظ ترافق للعالجة بالبيكربونات مع حدوث وذمة مخية. وعليه فالعديد من للؤلفين لا يشجع اعطاءها.

• عند للرضى للسبوتين وحيث يكون القياء بارزاً، او عند وجود رشات متعاقبة من القياء فلا بد من امرار انبوب انفي معدي لافراغ للعدة لأنه من الشائع مصادفة الخزل والعلوص للعوي.

• عندما يكون مستوى غلوكوز الدم اقل من 15 ميلي مول/ليتر فيجب استبدال المحلول الملحي بمحلول ديكستروز 15% لتجنب دخول المريض في فرط صودمية.

• يجيب التحليل للتكرر وبشكل منتظم للبولة والكهارل، الغلوكوز، وغازات الدم الشرياني.

• يجب الانتباه إلى السبب المجمل لحدوث الحماض الكيتوني. هذا السبب الذي ربما كان واضحاً من القصة كما في حالات اهمال تناول الأنسولين. ولكن الشائع ان يكون الخمج هو ذلك السبب. وعليه يجب اجراء زرع القشع وزرع الدم. صورة الصدر البسيطة. عينة منتصف البول. ينصح بعض للؤلفين بالاعطاء المتوالي لصادات واسعة الطيف كالأمبيسلين 500 ملغ 4 مرات باليوم.

المضاعفات تتضمن المضاعفات التي يجب تجنبها الوذمة المخية (بسبب تخفيض غلوكوز الدم بسرعة كبيرة والاستخدام الطائش للبيكربونات أو المفرط للسوائل الناقصة التوتر)، نقص سكر الدم، نقص البوتاسمية. تعتبر الوذمة المخية سبباً هاماً للوفيات، وخاصة عند الأطفال، وكذلك تعتبر ذات الرئة الاستنشاقية التي تحصل عند عدم إمرار الأنبوب الأنفي المعدي. يجب تأجيل عودة زرق الأنسولين تحت الجلد حتى عودة سماع أصوات الأمعاء، وحتى يصبح المريض قادراً على تحمل الطعام القليل الصلابة دون أن يتقيأه.

انخفاض الحرارة HYPOTHERMIA

يحدث بشكل خاص عند المسنين، الكحوليين، وعند التعرض لدرجات منخفضة من الحرارة بشكل غير متوقع كالغطس في ماء بارد. قد يُخطأ بوضع التشخيص ما لم نستخدم مقاييس حرارة منخفضة القراءة عند من هم في موضع خطر، والذين درجة حرارة بدنهم المقروءة اعتماداً على مقياس الحرارة الزئبقي العادي، منخفضة. تتضمن عوامل الخطر: قصور الدرقية، قصور النخامى والكظر، الحادث الوعائي المُخّي، سرف الأدوية/الكحول.

اللامح السريرية أطراف باردة، نقص الضغط، شحوب، تخليط، زراق، سبات، تثبط تنفسي، بطء القلب.

الاستقصاءات • قياس درجة الحرارة المستقيمية باستخدام مقياس حرارة منخفض القراءة. • يوريا، كهارل، التعداد الدموي الكامل. • غازات الدم الشرياني (حماض استقلابي). • صورة

الصدر البسيطة وتخطيط كهربائية القلب (ربما وجدت موجات J). • يجب التفكير بالتجرُّع الزائد لأدوية مثل مضادات الاكتئاب، البتروديازبينات.

التدبير تامين مسلك هوائي كاف. إعطاء الأكسجين. تامين سوائل وريدية، مناطرة بوتاسيوم الدم ونظم القلب. يجب التفكير بإعطاء بيكربونات الصوديوم (1.26%) إذا كان باهاء الدم الشرياني < 7.2. يمكن إعادة الدفء بوسائل منفعلة عادة بلف Wrapping المريض بدثار (حرام) فضائي (خاص) Space blanket في غرفة دافئة. الفشل في إعادة الدفء بشكل منفعل يدفعنا للتفكير بقصور الدرقية. ربما ادى استمرار نقص الضغط عند عودة الدفء لحدوث قصور كلوي يحتاج لديال دموي او صفاقي. تعتبر ذات الرئة مضاعفة شائعة الحدوث، والكثير ينصح باعطاء صادات اتقائية كالسيفوروكسيم Cefuroxime 750 مغ ثلاث مرات يومياً وريدياً، وميترونيدازول 500 مغ ثلاث مرات يومياً. يجب الاستمرار بإنعاش مرضى انخفاض الحرارة، وللصابين بتوقف الانقباض كمضاعفة حتى عودة درجة حرارة أجسادهم لحدود السواء. تكون الإعادة السريعة للدفء عند المرضى باستخدام حمامات ماء ساخنة، مناسبة إذا كان للمرضى قد تعرّضوا لدرجات حرارة منخفضة جداً، في ماء بارد مثلاً.

ANAPHYLAXIS التأق

يحدث التّأق في الموضع السريري لدخول المادة المسببة، عادة على شكل زرق مستضد عند مرضى مفرطي الحس مسبقاً لمستأرج مثل البنسلين، أو مصل ضدّي، أو لسعة حشرة.

اللامح السريرية بداية سريعة (خلال دقائق) لتشنج حنجري، حكات، غشيان، قياء، نقص الضغط، شرى، زراق، ضيق النفس (زلة).

التدبير إعطاء 500 - 1000 ميكروغرام ادرينالين عضلياً. مضاد للهستامين مثل الكلورفينيرامين 10 مغ تسريباً وريدياً بطيئاً. يستطب إعطاء الستيرويدات المجموعية مثل هيدروكورتيزون 200 مغ وريدياً، متبوعاً بمزيد من الستيرويدات عند حدوث تفاعلات مجموعية عند المرضى. في الوذمة الوعائية العصبية الوراثية الناجمة عن عوز إستراز C1 يكون إعطاء للصل الطازج المجمد الذي يتبع بإعطاء 200 - 800 مغ/يوم من دانازول كإجراء اتقائي، امراً فعالاً.

POISONING التسمُّم

General Measure إجراءات عامة

يجب تقييم مستوى الوعي عند المريض فوراً (باستخدام سُلّم السبات لغلاسكو مثلاً) البدء بالمعالجة، باستخدام تهوية مساعدة مثلاً، إذا كان ذلك مُستطباً. يجب إجراء غسل المعدة

للتخلّص من السُّم، فقط، عندما يكون المنعكس البلعومي سليماً، وعندما لم يمض أكثر من 4 ساعات على تناول الأقراص، باستثناء الأسبرين ومضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات والتي ربما بقيت في المعدة لعدة ساعات. لا يجوز، وتحت أية ظروف، القيام بالغسل كإجراء عقابي Punative. قد نحتاج عند إجراء الغسل لكميات كبيرة من السوائل (عدة ألتار)، هذا الغسل الذي يجب أن يستمر حتى يصبح السائل المسترجع صافياً. يجب أن لا يزيد حجم الماء المستخدم في كل عملية غسل عن 300 مل. يعتبر إحداث القياء باستخدام عرق الذهب (Ipeca) (30 مل عند البالغين و 10 - 20 مل عند الأطفال) بديلاً فعّالاً. يجب الانتباه، وفي جميع الحالات، وبغض النظر عن العامل المتسمَّم به، إلى: الضغط الدموي، سرعة القلب، مُعدّل التنفس، درجة الحرارة، والتدخل بتطبيق إجراءات داعمة طالما وجد استطباب لذلك، بتأمين سوائل وريدية، إعطاء عوامل مقوية للقلوصية القلبية وتأمين تهوية مُساعدة. يجب المحافظة على يقظة تامّة وثابتة عند مرتبة التغيرات في مستوى الوعي والحالة السريرية. يجب طلب النصيحة من مركز التسمم المحلي عندما تكون معالجة المرضى المتسممين غير واضحة.

الأسبرين Aspirin

اللامح السريرية فرط التهوية، قياء، تجفاف، طنين، تعرُّق، صمم، تململ.

الاستقصاءات • قياس مستويات الساليسيلات (تشير المستويات التي تزيد عن 3.65 ميلي مول/ل لوجود تسمّم شديد). • غازات الدم. • يوريا وكهارل.
•حماض استقلابي. • يوجد نقص البوتاسمية عادة.

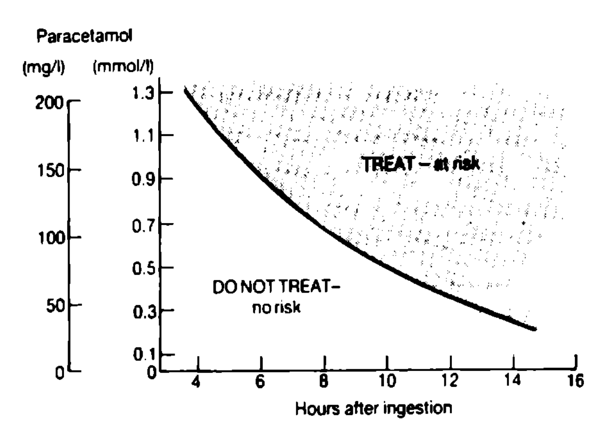
> **التدبير** غسل للمعدة إذا لم يمض 6 ساعات على تناول الأقراص، تامين طريق وريدي، وإعطاء 1 - 2 من محلول ديكستروز/ملحي حاوي على 22 ميلي مول من كلور البوتاسيوم في كل كيس حاوي 500 مل. في الحالات
> الشديدة، تسرّع إضافة 500 مل من البيكربونات 1.26% من إفراغ الساليسيلات. إذا ترافق التسمُم بالأسبرين مع قصور كلوي فإن إجراء ديال دموي او صفاقي يعتبر فعالاً في التخلص من السُم. من الضروري إجراء مناطرة دقيقة للسوائل والكهارل بشكل مشابه تماماً لما هو عليه الأمر في الحماض الكيتوني. يجب إعطاء الفحم للفعّل فموياً في التسمُمات الشديدة.

الباراسيتامول Paracetamol

اللامح السريرية غير نوعية عادة، رغم أن مصادفة الغثيان والقياء أمر شائع. ربما حدثت تفاعلات جانبية متأخرة نتيجة أذية الكبد مثل: نقص سكر الدم، يرقان، نقص الضغط، حماض استقلابي، قصور كلوي، ميل للنزف وذلك في حالات التسمم الشديد.

الاستقصاءات • قياس مستويات الباراسيتامول في الدم، والتي يجب تفسيرها بعد مقارنتها بالوقت، وذلك بدءا من زمن تناول الأقراص (الشكل 10 - 19). يمكن توقع وجود أذية

خطيرة في الكبد بعد النظر لعلاقة مستوى الدواء في الدم مع الوقت بدءاً من زمن التجرُّع الزائد. إذا كان زمن البروثرومبين بعد 36 ساعة من التجرُّع الزائد أطول من 36 ثانية فهذا يشير لارتفاع خطر حصول قصور الكبد.



الشكل 10 - 19 مستويات الباراسيتامول في الدم الوريدي بعد الجرعة الزائدة

> **التدبير** يكون إعطاء الـ ن. استيل سيستين [150 مغ/كغ في 200 مل ديكستروز، (5%)، خلال 15 دقيقة متبوعاً بتسريب 50 مغ/كغ في ديكستروز 5% كل 4 ساعات] فعالاً في تخفيف السنمية الكبدية في حال أعطي خلال 16 ساعة من التجرُّع الزائد. ربما استمر إعطاء ن - استيل سيستين بعد 16 ساعة في تقديم بعض الفائدة. يجب المحافظة على إعطاء الديكستروز وريدياً لمنع حدوث نقص سكر الدم. من الشائع حدوث قصور كلوي عند المصابين بقصور الكبد. وربما تطلّب إجراء ديال دموي. يُستطب تامين رعاية مشددة مناسبة عند حدوث قصور كبدي خاطف. كما ويجب التفكير باغتراس الكبد عندما يكون الموت أمراً محتملاً (وذلك عندما يكون زمن البرودرومبين > 100 ثانية والكرياتينين > 300 ميكرومول/ل أو الباهاء < 7.3 مثلاً).

البنزوديازبينات Benzodiazepines

اللامح السريرية نعاس، تخليط، رنح، تثبيط تنفسي، نقص الضغط، من الشائع تشارك التسمم بالبتروديازبين مع التسمم بالكحول، وهذا التشارك ذو تأثير مؤازر (مثل نقص الضغط).



التدبير يمكن للفلومازينيل Flumazenil، وهو ضادة Antagonist للبنزوديازبين، ان يعاكس العديد من التاثيرات المركنة للبنزودبازبين. ولكن، وباعتبار فترة تاثيره قصيرة، فقد نحتاج لتكرار الجرعة. يجب إعطاؤه زرقاً وريدياً وببطء او تسريباً (مثلاً تسريب 200 ميكروغرام خلال 15 ثانية متبوعاً بتسريب 100 ميكروغرام كل دقيقة حسب الحاجة لمعاكسة التاثيرات المركنة). لا بد من اتخاذ إجراءات داعمة عامة عند معظم المصابين.

مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات Tricyclic antidepressants

الملامح السريرية العديد من هذه الملامح تشبه الملامح الناجمة عن التجرُّع الزائد لمضادات الفعل الكوليني مثل: جفاف الفم، توسع الحدقتين، احتباس البول، غياب أصوات الأمعاء، فرط المنعكسات، اختلاجات، المنعكس الأخمصي بالانبساط، عيوب توصيلية قلبية، لانظميات. انخفاض مستوى الوعي شائع، لكنّ السبات العميق نادر.

التدبير يجب غسل المعدة عند عدم مرور 12 ساعة على بدء التسمُم، لأن الركودة المعدية تبطيء الامتصاص. وفيما عدا ذلك فإن المعالجة داعمة لدرجة كبيرة وتتضمن: تأمين سوائل وريدية، إعطاء مضادات الاختلاج عند الضرورة، التركين عند وجود هذيان، القثطرة عند وجود احتباس البول. يجب تجنب إعطاء مضادات اللانظمية قدر الإمكان رغم شيوع اللانظميات القلبية. ربما امكن ضبط العديد من اللانظميات عند تسريب 40 ميلي مول من بيكربونات الصوديوم خلال 20 دقيقة. قد يستطيع إعطاء 1 - 3 مغ من ساليسيلات الفيزوستغمين عبر الزرق الوريدي البطيء معاكسة بعض التأثيرات العصبية المركزية وقد تحسّن الثباتية القلبية. قد يستطب تأمين تهوية مساعدة في حال وجود تثبيط تنفسي شديد.